



UNIVERSIDADE
CATÓLICA
PORTUGUESA

BRAGA

**ACOLHIMENTO INSTITUCIONAL:
ESTRATEGIAS DESENVOLVIDAS PELOS CUIDADORES FORMAIS**

Dissertação de Mestrado apresentada à
Universidade Católica Portuguesa para
obtenção do grau de mestre em **Gerontologia
Social Aplicada**

Ana Luísa Ferreira Bastos Torres

Faculdade de Filosofia e Ciências Sociais

NOVEMBRO 2015



CATÓLICA
FACULDADE DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS SOCIAIS

BRAGA

**ACOLHIMENTO INSTITUCIONAL:
ESTRATEGIAS DESENVOLVIDAS PELOS CUIDADORES FORMAIS**

Dissertação de Mestrado apresentada à
Universidade Católica Portuguesa para
obtenção do grau de mestre em **Gerontologia
Social Aplicada**

Ana Luísa Ferreira Bastos Torres

Sob a Orientação da
Prof.^a Dra. **Alexandra Patrícia Lopes Esteves**



CATOLICA

FACULDADE DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS SOCIAIS

BRAGA

DECLARAÇÃO DE HONRA

Entrega de dissertação

Ana Luísa Ferreira Bastos Torres, aluna número 232613121 do Mestrado em Gerontologia Social Aplicada

declara, por sua honra, que o trabalho apresentado é de sua exclusiva autoria, é original, e todas as fontes utilizadas estão devidamente citadas e referenciadas, que tem conhecimento das normas e regulamentos em vigor na Faculdade de Filosofia e Ciências Sociais e que tem consciência de que a prática voluntária de plágio, auto-plágio, cópia e permissão de cópia por outros constituem fraude académica.

Braga, 23/11/2015

(assinatura)

1 Artigo 13º do Regulamento de Avaliação Fraude

1. A fraude em qualquer prova de avaliação implica uma classificação final de zero valores e impedirá o aluno de se apresentar a qualquer forma de avaliação na mesma unidade curricular na mesma época de exames em que a fraude ocorreu.
2. A ocorrência de fraude terá de ser comunicada, pelo docente responsável pela avaliação e respectivo vigilante, à Direcção da Faculdade com especificação das seguintes informações: tipo de prova de avaliação, data, nome e número do aluno em causa e descrição sumária da ocorrência anexando eventuais comprovativos da fraude.
3. A ocorrência destas fraudes será objecto de averbamento no processo do aluno.

Agradecimentos

À Universidade Católica Portuguesa, Faculdade de Filosofia e Ciências Sociais pela oportunidade de frequentar o Mestrado.

Ao Corpo Docente pelos conhecimentos transmitidos.

À Professora Doutora Alexandra Esteves pelo incentivo, pela dedicação, pelos conhecimentos e orientação da tese.

Às colegas do Mestrado pelo apoio, incentivo e partilha de conhecimentos.

Aos residentes do lar pelo acolhimento, pelo carinho, aprendizagens e participação na investigação, aos funcionários pela simpatia, à Diretora Técnica pela abertura imediata, apoio, disponibilidade e participação na investigação e à Santa Casa de Misericórdia de Guimarães pela receptividade em acolher a investigação.

Aos meus pais, irmã e amigos pelo apoio e incentivo.

Resumo

As transformações da estrutura demográfica, social, económica e familiar trouxeram, entre as suas diversas consequências, uma nova visibilidade social das pessoas idosas, numa altura em que os conceitos de velhice e de envelhecimento sofrem mudanças decorrentes dos desafios que a sociedade atual enfrenta.

O aumento progressivo da institucionalização de idosos surge como uma das várias respostas que o Estado criou para proporcionar a satisfação das necessidades e o bem-estar aos idosos.

A entrada para um contexto residencial implica um confronto com uma realidade até então desconhecida, que inclui, nomeadamente, a partilha de espaços, os horários, o regulamento interno, a ausência de privacidade, convívio com uma heterogeneidade de pessoas, entre outros. A adaptação a esta nova realidade implica estratégias de adaptação individualizadas e personalizadas por parte dos cuidadores formais e uma capacidade de resiliência por parte do idoso que deverá recorrer a estratégias internas e/ou externas de forma a conseguir a melhor ambientação possível.

É fundamental o respeito pela individualidade, personalidade, gostos, hábitos e história de vida do utente, para evitar situações de isolamento, depressão e insatisfação com a vida. As situações de dependência, a falta de conhecimentos e a incapacidade, motivadas por fatores familiares e económicos, são razões que levam o idoso e/ou os cuidadores informais a optarem por esta resposta social. O idoso, a família e o lar devem trabalhar em conjunto para permitir que a ambientação decorra de forma natural, respeitando a vontade, sentimentos e valores do utente.

Palavras-chave: envelhecimento; institucionalização; cuidador formal

Abstract

The changes in the demographic, social, economic and family structure, brought to its various consequences, a new social visibility of the elderly, at a time when the concept of old age and aging undergoes changes resulting from the challenges that modern society faces.

The progressive increase of elderly in care emerged as one of several decisions that the Government created to provide the satisfaction of needs and provide welfare for the elderly.

The entrance to a residential care context implies a confrontation with a reality previously unknown particular the sharing of spaces, times, the rules, the lack of privacy and living with different people. The new reality implies individualized adaptation strategies and customized by the formal caregivers and involves resilience capacity of the elderly who should use internal and / or external strategies to get the best adaption.

It is essential respect for individuality, personality, tastes, habits, and life history of the wearer to avoid situations of isolation, depression and dissatisfaction with life. The situations of dependency, lack of knowledge and unavailability motivated by family and economic factors are the reasons why the elderly and / or informal caregivers to choose this social response. The elderly, the family and the Residential care must work together to allow the setting takes place naturally respecting the will, feelings and values of the weare.

Keywords: Aging, institutionalization and formal caregiver

ÍNDICE

Agradecimentos	IV
Resumo	V
Abstract.....	VI

ÍNDICE GERAL

Nota introdutória	1
1.Enquadramento teórico da problemática da investigação	4
2. Metodologia empírica da investigação	37
2.1- Os objetivos de investigação	37
2.2- Caracterização da instituição e do meio	38
2.3- Instrumentos de recolha de dados	40
2.3.1- Entrevista.....	40
2.3.2- Observação	44
2.4- Instrumentos de análise de dados	46
2.5- Amostra	48
3. Análise e interpretação dos dados recolhidos	49
3.1- Meio rural versus meio urbano.....	49
3.2- Institucionalização: motivos que levaram ao ingresso no lar	51
3.3- Institucionalização: perspectivas de ingressar num lar quando era mais nova/o	54
3.4- Saúde e envelhecimento	57
3.5- Institucionalização: representação social acerca dos lares	59
3.6- Institucionalização: mudanças que ocorreram com a entrada no lar.....	61
3.7- Institucionalização: quotidiano no lar	62
3.8- Institucionalização: satisfação com a vinda para o lar	66
3.9- Institucionalização: estratégias desenvolvidas pelos cuidadores formais e preparação da chegada de um novo utente.....	67
3.10- Institucionalização: dificuldades sentidas pela diretora técnica e estratégias para ultrapassar	71
Nota final	74
Referências bibliográficas	78
Anexos	81

Nota introdutória

A problemática da velhice e do processo de envelhecimento tem suscitado o interesse de profissionais de diferentes áreas de investigação científica, bem como da sociedade em geral, devido ao aumento progressivo da população idosa. Isto deve-se, em grande parte, à redução das taxas de natalidade e ao aumento da esperança de vida, proporcionada pelos avanços tecnológicos, mas também a transformações nas estruturas económicas, sociais e familiares, que limitam a capacidade de cuidar do idoso, o que implica uma reestruturação de toda a organização social e das relações intergeracionais e uma intervenção dos Estados.

O envelhecimento surge associado a um processo caracterizado por alterações a nível biológico, psicológico e social que podem refletir-se ao nível do comportamento do idoso, no tipo de atividades que realiza, bem como nas interações sociais. Trata-se de um processo que ocorre ao longo do tempo, de forma progressiva, e que varia de indivíduo para indivíduo e com estratégias de resiliência também diferenciadas.

Para além das perdas e limitações que podem surgir no decorrer deste processo, devemos encarar esta nova etapa realçando a experiência de vida, conhecimentos e maturidade adquiridos. É no envelhecimento patológico que os aspetos negativos tendem a surgir, como a incapacidade e a dependência, provocando no idoso e nos seus familiares sentimentos de tristeza, inutilidade e insegurança, que podem ser ultrapassados com atitudes e comportamentos positivos facilitadores de um envelhecimento bem-sucedido.

As demências são objeto de investigação de diversas áreas científicas e têm sido adotadas medidas para minimizar os efeitos da mesma e proporcionar, na medida do possível, bem-estar e satisfação das necessidades. É fundamental haver uma equipa multidisciplinar, quer em contexto comunitário quer em contexto institucional, que ajude o idoso e a sua família a ultrapassar os problemas, a transmitir e a partilhar conhecimentos e recorrer a medidas, equipamentos e serviços ao dispor dos indivíduos.

Para Fonseca (2005:196) “O envelhecimento bem-sucedido é um constructo complexo”, ao ponto de Baltes e Carstensen (1996), por exemplo, referirem-se a ele dizendo que não há teoria, critério ou padrão que seja consensualmente aceite como prescrição definitiva para se falar em sucesso na velhice.

De acordo com estes autores, trata-se de um conceito que incorpora essencialmente dois processos relacionados entre si. Por um lado, trata-se de uma capacidade global de adaptação às perdas que ocorrem habitualmente na velhice, não pela adoção indiferenciada de critérios normativos externos, mas sim através de uma procura individual de resultados e objetivos significativos para o próprio, mesmo quando já é notório um declínio de possibilidades e de oportunidades. Por outro lado, o envelhecimento bem-sucedido pode ser atingido mediante a escolha de determinados estilos de vida, que satisfaçam o objetivo de manutenção da integridade física e mental até aos últimos momentos da existência. Obviamente, em ambas as faces deste processo, está implícita a ideia de que não há um só caminho de envelhecimento bem-sucedido, refletindo esta diversidade a importância que desempenham no ato de envelhecer fatores como a personalidade, o contexto sociocultural ou as relações familiares.

Sabemos que a família, em Portugal, ainda é o grande suporte dos idosos. Contudo, algumas das responsabilidades que se situavam na esfera familiar passam a pertencer ao Estado com a criação de medidas e equipamentos de resposta aos vários problemas e necessidades dos idosos.

Surgem, a partir da década de 70, diversas estruturas de apoio aos idosos, nas quais se incluem os lares. Os asilos representavam na altura as únicas respostas sociais públicas que acolhiam inválidos, diminuídos, mendigos e idosos. O idoso permanecia até à morte neste tipo de instituição, o que contribuiu para a construção de uma imagem social negativa, que ainda hoje existe em relação aos lares, muitas vezes conotados simbolicamente com uma velhice solitária, triste, sem autonomia e pobre.

A qualidade dos equipamentos sociais passou a ser um compromisso assumido pelo Estado, a partir dos finais da década de 90, com a implementação de melhorias nas condições de funcionamento das instituições, no sentido da promoção da autonomia e da qualidade de vida das gerações mais velhas.

Ainda vigora a ideia de que a institucionalização permanente de idosos está relacionada com questões de pobreza, abandono por parte da família ou porque esta não quer cuidar do idoso.

A investigação realizada pretende analisar as estratégias facilitadoras de adaptação do idoso ao lar promovidas pelos cuidadores formais e conhecer a representação do idoso acerca desta resposta social.

Com este trabalho poderão surgir novas práticas por parte dos cuidadores formais. Assim, esperamos, através da análise e compreensão do funcionamento do lar e das estratégias de adaptação desenvolvidas pelos cuidadores formais, poder contribuir para destacar domínios de adaptabilidade relacionados com o funcionamento do lar e promover o aperfeiçoamento dos modos de atuar da instituição e das práticas profissionais condicionadoras do bem-estar e satisfação das necessidades dos seus residentes. Torna-se importante desenvolver trabalhos de reflexão e avaliação no que concerne à realidade do internamento, pretendendo o presente trabalho ser um contributo nesse sentido.

Importa salientar que o Centro de Solidariedade Humana Professor Emídio Guerreiro tem implementado a Certificação da Qualidade, que demonstra o interesse da instituição em promover o melhor serviço possível dentro das suas capacidades, proporcionando uma ambientação positiva. A sua implementação é uma mais-valia para as instituições, porque se traduz no reconhecimento da satisfação dos idosos e doutras partes interessadas, na melhoria da imagem, no acesso a novos apoios, entre outras vantagens.

A crescente competitividade requer melhoria e diferenciação dos serviços prestados, registo de informações, processos atualizados, redução dos custos, trabalho de equipa, cumprimento da legislação, entre outros requisitos.

Garantir a qualidade dos serviços é um processo complexo, que exige o envolvimento de instituições públicas e privadas e respetivos colaboradores e fornecedores. O empenho, a dedicação e o trabalho em equipa devem ser contínuos para que haja partilha e troca de experiências.

Para finalizar, o primeiro capítulo corresponde à Nota Introdutória, o segundo capítulo refere-se ao enquadramento teórico, onde são abordados diversos conceitos, como envelhecimento, institucionalização e cuidador formal. O terceiro capítulo refere-se à metodologia empírica da investigação, incluindo a definição dos objetivos de investigação, caracterização do meio, caracterização institucional, definição da amostra, caracterização da técnica de recolha e de análise dos dados. O quarto capítulo refere-se à análise e interpretação dos dados recolhidos.

1. Enquadramento teórico da problemática da investigação

Para melhor compreendermos a problemática de investigação, parece-nos importante analisar três conceitos chave: envelhecimento, institucionalização e cuidador formal. Em relação ao primeiro conceito, Fonseca (2006) diz-nos que, o estudo do envelhecimento começou a ganhar um estatuto científico a partir da década de oitenta, com o surgimento dos primeiros manuais que incorporavam os conhecimentos sobre os idosos e sobre o processo de envelhecimento e, desde essa altura, sentiu-se a necessidade de abordar o tema numa visão multidisciplinar.

Para o mesmo autor, em Portugal, entre 1960 e 2001, verificou-se um aumento de 140% da população idosa (com mais de 65 anos) e estima-se que, em 2050, a população esteja ainda mais envelhecida, com 2,5 idosos com 65 ou mais anos para cada jovem com mais de 15 anos.

Na opinião de Fonseca (2006:9), o envelhecimento é “um processo que comporta ganhos e perdas, para cuja adaptação concorrem variáveis de natureza intrínseca e extrínseca ao indivíduo, sem enfatizar a predominância de qualquer variável sobre as restantes”. Trata-se, então, de um fenómeno que deve ser encarado como normal, com mudanças na vida do indivíduo, motivadas por fatores internos e/ou externos, que interferem positivamente e/ou negativamente e que requer uma adaptação/preparação, permitindo encarar esta nova fase da sua vida sem receios.

Segundo Carvalho (2013:1), nos últimos anos, o envelhecimento tem sido objeto de preocupação por parte de entidades internacionais, como a Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico, a Organização das Nações Unidas, a Organização Mundial de Saúde, a União Europeia, o Ministério da Saúde e da Segurança Social, Autarquias, Fundações, Instituições de Solidariedade, entre muitas outras.

A mesma autora refere que a diversidade de abordagens enriqueceu o debate sobre a temática, mas complexificou a sua compreensão, uma vez que se trata de um fenómeno com características internas (genética, experiências, possibilidades e expectativas) e externas (fatores ambientais e organizacionais).

Fonseca (2006:24) distingue três tipos de idades: a idade biológica, que se refere ao funcionamento dos sistemas vitais do organismo humano; a idade psicológica, que tem a ver com as estratégias que as pessoas desenvolvem para se adaptarem às

mudanças de natureza ambiental; e a idade sociocultural, que diz respeito ao conjunto de papéis sociais que os indivíduos adotam em relação a outros membros da sociedade e à cultura a que pertencem.

Para Ladislav (1995:17), podemos definir envelhecimento como a “incapacidade progressiva do organismo para se adaptar às condições variáveis do seu ambiente. Os mecanismos implicados apresentam as características seguintes: progressivos, nocivos, irreversíveis e, geralmente, comuns a inúmeros organismos”. Na perspectiva de Yates (1993 cit in Fonseca & Paúl, 2005:28), o envelhecimento é “um processo termodinâmico de quebra de energia, geneticamente determinado e condicionado ambientalmente, deixando resíduos que progressivamente aumentam a probabilidade de ocorrência de muitas doenças, de acidentes e de instabilidades dinâmicas que por fim resultam na morte”.

Segundo Rosa (2012:19), devemos fazer referência a dois conceitos diferentes: o envelhecimento individual e o envelhecimento coletivo. O envelhecimento individual abrange o envelhecimento cronológico, que resulta exclusivamente da idade, e o envelhecimento biopsicológico, que é vivido por cada indivíduo de forma diferente. Em relação ao envelhecimento coletivo, também devemos incluir duas noções: o de envelhecimento demográfico, relacionado com o aumento da esperança média de vida, e o envelhecimento social, que corresponde à estagnação de determinados pressupostos organizativos da sociedade.

Carvalho (2012:8) refere que existem quatro modelos de envelhecimento, sendo eles: o envelhecimento saudável, o bem-sucedido, o produtivo e o ativo.

O envelhecimento saudável, associado à condição de saúde numa visão biomédica, compreende o envelhecimento positivo (sem doenças), o envelhecimento negativo (com doenças) e o normal (resultado da capacidade de os indivíduos prevenirem as doenças).

O envelhecimento bem-sucedido significa que os sujeitos desenvolvem estratégias de prevenção de doenças, de maximização das funções cognitivas, da participação e da integração das redes de suporte familiar e social e está relacionado com a capacidade dos indivíduos em se adaptarem a este processo.

O envelhecimento produtivo considera que, na relação entre a sociedade e idade, as estratégias pessoais e sociais são afetadas pela repartição do tempo social (de trabalho, lazer e familiar) e que esta relação interfere na implementação de políticas públicas.

O envelhecimento ativo apela a uma conjugação dos modelos anteriores e tem em consideração determinantes ambientais, sociais, económicos, comportamentais e pessoais.

Na opinião de Carbonnelle (2001:7, cit in Carvalho 2013:10), “o envelhecimento é, atualmente, uma questão de maior relevância social e científica. Várias são as abordagens e tendências. Neste percurso heurístico pelo envelhecimento aproximamo-nos dos grandes modelos explicativos do envelhecimento: saudável, bem-sucedido, produtivo e ativo. Contudo, situar e explicar estas tendências não é fácil, dada a sua complexidade e multidimensionalidade. As tentativas para definir o envelhecimento têm sido criticadas por não terem em conta o carácter histórico, político, económico e social da construção da palavra”.

Para Paúl & Fonseca (2005:308), “a vida de qualquer ser humano é geralmente uma mistura de resultados desejáveis e de consequências menos agradáveis, ou por outras palavras, de perdas e ganhos, tudo indica que tanto a noção de desenvolvimento ótimo como a de envelhecimento bem-sucedido necessitam de ser equacionadas à luz do modo como as pessoas lidam com as divergências entre os resultados desenvolvimentais desejáveis e as trajetórias reais dos respetivos cursos de vida”.

Segundo Fonseca (2006), existem cinco dimensões psicológicas do envelhecimento: competência, cognição, personalidade, saúde e bem-estar psicológico.

A competência prende-se com a capacidade do indivíduo para realizar adequadamente atividades habitualmente consideradas como essenciais para a existência e necessárias para a manutenção de uma vida independente.

A cognição prende-se com a dificuldade em memorizar, raciocinar ou pensar naturalmente, situações normais no processo de envelhecimento que, muitas vezes, são sinónimo de angústia para o idoso.

A personalidade está relacionada com a abertura à experiência que é fundamental para uma melhor qualidade de vida na velhice.

A saúde é um dos aspetos mais importantes nas questões ligadas ao envelhecimento. A ausência de doença, bem como redes de suporte e integrações sociais do idoso, são fundamentais para que este viva mais e melhor.

O bem-estar psicológico remete para a importância de haver abertura de espírito, de diversificar as atividades pessoais antes da velhice, romper a rotina, fazer amigos e cultivar a amizade, ser ativo e aberto aos outros.

Para o mesmo autor, o fator individual é motivo para se afirmar que não existe um caminho único de envelhecimento, podendo diferentes pessoas percorrerem diferentes trajetos de envelhecimento e obter a qualidade de vida. Há diferenças quanto ao modo como o mesmo decorre, de acordo com o contexto cultural de referência (a velhice tanto poderá tornar-se uma mais-valia e prestígio social como ser sinónimo de dependência e menor importância social), e varia de pessoa para pessoa relativamente a diversos aspetos tidos geralmente como influentes para a sua qualidade de vida: condições económicas, saúde física, redes sociais de pertença e de apoio, satisfação de necessidades psicológicas, entre outras.

É importante romper com a rotina, fazer amigos, ser ativo, ter uma mentalidade aberta e realizar diversas atividades. Cada indivíduo deve desenvolver estratégias que lhe permitam viver mais e melhor, encarando da melhor forma o processo.

“É interessante notar que as sociedades que mais particularmente têm enfatizado a possibilidade de o envelhecimento ser vivido de forma positiva, são as mesmas sociedades onde se gerou e se encontra ainda bastante implantada uma visão estereotipada das pessoas idosas (como incapazes, dependentes, rígidas, maçadoras, um peso para os mais novos e para o resto da sociedade)”. Paúl & Fonseca (2005:283)

Atualmente, as pessoas vivem mais e melhor e os avanços da medicina têm um papel fundamental neste domínio, porque permitem prevenir determinadas doenças e também minimizar os efeitos que as mesmas possam provocar no indivíduo. Um aspeto que também deve ser mencionado prende-se com a imagem associada à velhice e o trabalho que tem sido realizado para combater os estereótipos associados a esta etapa de vida.

Sobre esta matéria, Paúl & Fonseca (2005:284) referem que “nos últimos anos, em larga medida devido aos avanços das ciências médicas, psicológicas e sociais, mas também porque o envelhecimento generalizado da população do mundo ocidental converteu o fenómeno em algo “comum”, a velhice passou a ser simplesmente considerada, quer em termos psicológicos, quer em termos sociológicos, como mais um estágio na vida das pessoas, na continuidade dos anteriores”.

Na sequência de estudos, como o da Fundação Mac Arthur, esta inversão na representação da velhice tem feito com que, progressivamente, seja destruída uma série de estereótipos e de mitos de pendor negativo, fazendo emergir uma imagem positiva e de normalidade associada ao ato de envelhecer, transmitida por noções como atividade, autonomia ou capacidade de realização. Trata-se, no entanto, de uma inversão que,

segundo Irwin (1999), tem suscitado também alguns excessos, projetando uma imagem de juventude sobre a velhice (vejam-se, por exemplo, as expressões “jovem de espírito” ou “jovem interiormente”) que pode revelar-se prejudicial. Para Marques (2011), existem conceitos idadistas que tendem a persistir e que encaram as pessoas mais velhas como incompetentes e doentes.

Fonseca (2013) refere que o envelhecimento populacional fez emergir inquietações relacionadas com a sustentabilidade do sistema de pensões e do sistema de saúde. A tendência é para culpabilizar os mais velhos pelos gastos com a saúde, sem se perceber que estes se devem ao investimento na tecnologia, por vezes com vantagens escassas para os indivíduos e que o investimento deve ser feito nos últimos anos de vida da pessoa, independentemente da idade em que a morte ocorra.

Rosa (2012) fala-nos dos receios associados ao envelhecimento demográfico, motivado pelo aumento da esperança média de vida e diminuição da taxa de natalidade e fecundidade.

Em primeiro lugar, na saúde, verificamos um agravamento das despesas públicas nesta área, maior procura de cuidados de saúde e aumento de necessidades. Embora o envelhecimento afete os indivíduos de forma diferente, a verdade é que, com a idade avançada, aumenta o risco de doenças crónicas não transmissíveis ou degenerativas (como tumores, diabetes, doenças cardiovasculares, Alzheimer), levando a uma perda progressiva de autonomia e uma maior dependência de apoio interior, exterior, familiar ou social.

Em segundo lugar, a solidão e o isolamento familiar são outros fatores de receio, porque uma importante parcela dos agregados familiares, em Portugal, é constituída por uma única pessoa com 65 ou mais anos. A morte do cônjuge, as distâncias físicas entre membros da mesma família, a emigração, são fatores que podem provocar a solidão e o isolamento, que tanto podem acontecer em zonas rurais como em zonas urbanas.

Em terceiro lugar, a pobreza é um outro fator a ter em consideração, porque muitos dos idosos vivem situações económicas muito desfavoráveis e são menos instruídos em comparação com a população global.

O envelhecimento faz com que não se verifique renovação de gerações e a população estagna, a produtividade diminui e põe em risco a sustentabilidade financeira da Segurança Social.

Rosa (2012) apresenta três propostas de mudança, que, na sua opinião, são essenciais para a sociedade. Em primeiro lugar, a necessidade de repensar a vida ativa,

adaptando-a ao aumento do tempo médio de vida dos indivíduos. Em segundo lugar, a importância que os imigrantes desempenham na compensação de défices de qualificação e o seu contributo na demografia. Em terceiro lugar, a dignificação do trabalho, a justiça e harmonia social. É indispensável uma sociedade mais inteligente, repensar tudo de novo com a intervenção de todos para podermos ter um mundo mais produtivo e feliz.

Carvalho (2013) refere que nas orientações da European Commission (2010) para a celebração do Ano Europeu do Envelhecimento Ativo, entre outros aspetos, os países devem combater reformas antecipadas, o isolamento social das pessoas idosas e as doenças em idade avançada. Para isso, é necessário incentivar o voluntariado, investir na manutenção do emprego dos idosos, desenvolver programas de promoção da saúde ao longo da vida, combater a discriminação e promover uma vida autónoma com acesso aos cuidados de saúde e a apoios sociais.

A mesma autora refere que o envelhecimento assume características de vulnerabilidade social e a sua densidade e textura assumem dimensões individuais e coletivas, diferenciadas de acordo com as características da dinâmica política e das ideologias onde se ancora o exercício da intervenção social; a construção social da sociedade inclusiva como atributo do Estado Social; o cumprimento dos desígnios das políticas sociais setoriais; a consubstanciação do exercício de regulação centrado no envelhecimento enquanto problema social ou nos danos sociais diretos ou colaterais gerados pelo processo de envelhecimento; a maior ou menor capacidade do idoso em gerir os limites decorrentes do processo de envelhecimento; as mudanças de atitude dos idosos relativamente ao envelhecimento.

Para Fonseca & Paúl (2005), a vulnerabilidade do idoso assenta em oito fatores, sendo eles: resíduos metabólicos, radicais livres e acumulações entrópicas; acidentes e stressores independentes da idade; doenças e incapacidade; ambiente físico (clima, altitude, poluição da água e do ar, radiações); ambiente social (família, amigos, cultura, economia, religião, envolvimento social); estilo de vida (dieta, exercício, drogas, sono, atividade sexual, lazer e atividades de risco); experiência (aprendizagem, sabedoria, comportamento adaptativo, emprego, rendimento); atitude ou perspetiva de vida.

Segundo Levet-Gautrat (1985 cit in Pimentel 2005), ligado ao conceito de envelhecimento encontramos o conceito de idade, que pode ser utilizado em cinco sentidos: idade cronológica (refere-se ao tempo que decorre entre o nascimento e o momento atual); idade jurídica (necessidade de desenvolver normas de conduta); idade

física e biológica (tem em consideração o ritmo a que cada indivíduo envelhece); idade psicoafectiva (reflete a personalidade e as emoções); idade social (papéis que a sociedade atribui ao sujeito).

Na perspectiva de Pimentel (2005), não devemos olhar para os idosos como um grupo homogêneo, pois cada indivíduo tem uma história, uma personalidade, uma existência única motivada por fatores e partilha de experiências sociais com os outros.

Segundo Sousa (2006), no envelhecimento podem ocorrer deteriorações endógenas e irreversíveis das capacidades funcionais do organismo. Trata-se de um fenómeno inevitável, inerente à própria vida, equivalente à fase final de um programa de desenvolvimento e diferenciação. Afeta de forma desigual as funções dos tecidos: o declínio é mais rápido nos tecidos elásticos (aparelhos circulatórios, respiratório e pele) e mais lento nos tecidos nervosos.

No ponto de vista de Morin (1999 cit in Santos 2004), “o ser humano, rejeitando a morte como rejeita, recusando-a com todas as suas forças, tende a rejeitar também a velhice; talvez por ser a fase da vida que mais se aproxima da morte, tornando a velhice um peso”. Para este autor, “sendo o ser humano marcado pela consciência da tragédia da morte, ele tenta inventar os mitos para negá-la ou para encontrá-la, pensando nos meios para aceitá-la. Sendo assim, dá-se conta de que o problema da consciência e do ser humano é atravessado pelo tempo e tornado trágico pela morte. Essa ação traduz-se em agonia para o ser humano, principalmente durante a velhice.”

Pereira (1999 cit in Nunes e Menezes 2014) considera que, se analisarmos o percurso histórico do envelhecimento, verificamos que o mesmo foi encarado de diferentes formas de acordo com o estágio sociocultural das sociedades. Quer isto dizer que os idosos em algumas sociedades eram respeitos (?), devido à sua experiência e sabedoria, e noutras marginalizados.

Para Vaz e Nodin (2005 cit in Nunes e Menezes 2014), é difícil definir o início da terceira idade, porque depende de fatores intrínsecos e extrínsecos. Contudo, podemos afirmar que se inicia a partir dos 65 anos, o que está relacionado com a idade da reforma.

Guallier (1988 cit in Fernandes 1997:9) refere-se ao envelhecimento social “acentuado pelo ritmo de desenvolvimento tecnológico, conduz a situações paradoxais como a que vivem o trabalhadores que foram despedidos por serem demasiados velhos, mas não passaram à reforma por serem ainda demasiados novos”.

Na opinião de Fernandes (1997), o problema social da velhice surgiu aquando da miséria em que muitos operários se encontravam, os quais, devido à perda de capacidades, foram afastados do mercado de trabalho, originando situações de pobreza. Foi nesta altura que as primeiras reformas começaram a surgir por força dos movimentos sindicais e pela necessidade de o patronato evitar situações de conflito e tensão e recompensar os trabalhadores pelos anos de dedicação.

Para Martins (2002:3), “anteriormente, as famílias, como núcleos fundamentais de produção, não afastavam “o ancião” do trabalho, adotando estas novas tarefas e novos papéis, permanecendo ativo e útil. Atualmente, o único sector onde ainda são visíveis alguns sinais deste sistema localiza-se nos meios rurais, onde o idoso, apesar de receber a sua reforma, mantém algum nível de atividade similar à que desempenhava durante a sua vida.”

Em muitos casos, podemos afirmar que a reforma constitui um trauma em vez de libertação, já que a inatividade pode ser potenciadora de sentimentos de inutilidade e da diminuição do poder financeiro, obrigando o reformado ou aposentado a viver na dependência dos familiares.

Segundo Martins (2002), o envelhecimento demográfico apresenta um conjunto de desafios que poderá ser analisado segundo as seguintes dimensões: relativo declínio da população ativa e envelhecimento da mão-de-obra; pressão sobre os regimes de pensão e as finanças públicas, provocada pelo número crescente de reformados e pela diminuição da população em idade ativa; necessidade crescente de cuidados de saúde e assistência a pessoas idosas; diversidade dos recursos e das necessidades dos idosos; inatividade abrupta que cria sentimentos de inutilidade, rejeição e afastamento.

Serrão (2006:132 cit in Jacob 2013:45) menciona três tipologias de idosos: muito dependentes (com idades acima dos 85 anos e com dependência que resulta ou do envelhecimento natural ou surge por doença oncológica incluindo a doença oncológica em fase terminal), dependentes (devido a doenças crónicas que obrigam a tratamentos constantes) e os independentes (mantêm as suas capacidades mas estão inativos).

Para Bize e Vallier (s/d cit in Jacob 2013), a velhice ou o ser idoso tem-se tornado um incómodo para a família, devido aos encargos económicos e à mobilização de recursos e pessoas.

Segundo um estudo efetuado por Cerqueira (2010:339-340 cit in Jacob 2013), a imagem dos idosos retratada na televisão, nos jornais, na rádio e nas formas de arte,

como o cinema, teatro, dança, pintura, literatura, é depreciativa, fazendo referência aos problemas de saúde, à dependência e à pouca competência.

Na opinião de Jacob (2013:44), os desafios colocam-se ao nível da “organização e resposta a diferentes necessidades e capacidade de utilizar os mecanismos atualmente existentes” e os nossos idosos são mais cultos, saudáveis, ativos, mais ricos e mais interessados.

É interessante verificar que o termo idoso aplica-se de forma diferente a nível institucional e estatal. A título de exemplo, no Ocidente, desde os anos 70, idosos são os maiores de 65 anos, enquanto nos países orientais (China ou Índia), a idade de referência para um idoso são os 60 anos, uma vez que a esperança média de vida é menor. Contudo, alguns autores consideram que não se pode medir ou quantificar as pessoas, porque o envelhecimento é um fenómeno pessoal, que varia de indivíduo para indivíduo.

Jacob (2013) diz-nos que alguns autores questionam se haverá uma quarta idade (para os maiores de 75 anos), porque atualmente é possível estar na terceira idade e ser ativo física e mentalmente e nesta nova categoria inserem-se os idosos que se encontram no limiar das suas capacidades.

Como refere Fernandes (1997:10), “com o passar dos anos, as transformações que ocorreram nas sociedades industrializadas e o gradual envelhecimento das suas populações, proporcionaram as condições para que socialmente se começasse a considerar a velhice como situação problemática a necessitar de apoio social. A velhice tornou-se um problema social e passou a mobilizar gente, meios, esforços e atenções suficientes, para que qualquer um disso se aperceba.

A ela está vulgarmente associada a ideia de pobreza ou, pelo menos, da escassez de meios materiais, de solidão, doença e também, de alguma forma, de segregação social, corte com o mundo...”.

Como já foi referido anteriormente, envelhecer implica uma adaptação a uma nova etapa de vida, composta por desafios, aprendizagens, oportunidades, como acontece com outras fases do desenvolvimento humano.

Este processo seria melhor ultrapassado se não existisse a imagem de declínio, incapacidade, dependência e todas as outras ideias estereotipadas associadas ao envelhecimento e que contribuem para que se construa uma imagem negativa coletiva. Mas, felizmente, muitos conseguem ultrapassar os seus receios recorrendo a estratégias internas e externas facilitadores de adaptação.

Contudo, não podemos negar que os aspetos negativos do envelhecimento são difíceis de lidar, muitos deles não se conseguem vencer, há perdas que não se conseguem compensar, conduzindo a fases de doença e dependência que, muitas vezes, conduzem a situações de institucionalização.

Barros (2010) afirma que o envelhecimento pode ser entendido como a idade das perdas e podemos falar em três fases: a primeira, caracterizada pelo choque inicial, onde domina a angústia, dor, confusão, cólera e a revolta; a segunda, a impotência, com sentimentos de desgosto e desespero; e a terceira, a aceitação, levando a que ocorra um reinvestimento afetivo coexistindo com a tristeza mas tentando superá-la.

Busse (1992) fala em quatro queixas que os idosos costumam referir: debilidades do corpo, aproximação da morte, impedimento de desfrutar de quase todos os prazeres e exclusão social.

Richard Mateev-Dirkx (2004 cit in Barros 2010) referem que existem algumas características associadas aos idosos: crise de identidade, diminuição da autoestima, dificuldades de adaptação a novos papéis e lugares, falta de motivação para planear o futuro, atitudes infantis, complexos a vários níveis, depressão, tentativas de suicídio, surgimento de medos, sobrecarga dos familiares, medo da solidão, de doenças e morte, diminuição das faculdades mentais, problemas cognitivos, conativos, motivacional, afetivo, de personalidade, entre outros.

Barros (2010), em relação às doenças graves na terceira idade, faz referência à depressão e à demência, apesar de referir outras, como a esquizofrenia e a ansiedade grave. Na sua opinião, a depressão (e a melancolia) atinge crianças, adolescentes e adultos, mas torna-se mais frequente no idoso e, muitas das vezes, é insuficientemente apoiada. A incidência é maior nesta etapa da vida, não devido à idade em si mas às doenças, como a demência, e às perdas.

Segundo Barros (2010), quando falamos em depressão falamos em doença psíquica, um sintoma, uma síndrome, uma tristeza ou melancolia, sentimentos de culpa, infelicidade, preocupação, redução da atividade, ansiedade, angústia, que se manifestam pela diminuição das capacidades cognitivas, afetivas e motivacionais, dificuldade de concentração, perda de gosto pela vida, diminuição da autoestima, isolamento, problemas cardíacos, gastrointestinais, perda de apetite e imobilidade.

Guy (1990 cit in Barros 2010) aponta três modelos explicativos da depressão: bioquímicos a nível neurológico e/ou endocrinológico; psíquicos com explicações psicodinâmicas ou cognitivo-comportamental e sociais. É importante fazer o

diagnóstico da situação, tentar compreender as causas para ajustar a intervenção. Pode necessitar de antidepressivos, eletrochoques, estimulação, companhia, desporto, psicoterapias, entre outras.

Barros (2010) afirma que os menos sujeitos a depressão são os que vivem nas suas casas, enquanto os que vivem em lar admitem mais facilmente a eutanásia.

A demência é a deterioração global do funcionamento cognitivo, afetivo, físico e da personalidade, resultante do disfuncionamento ou atrofia do sistema nervoso central devido a múltiplas e complexas causas e deve-se particularmente à doença de Alzheimer. Pode haver quadros parecidos à demência, mas que, na verdade, são falsas demências, manifestados por perdas cognitivas secundárias e esporádicas como reação à solidão, ausência de afetos e associado a este quadro podem ocorrer delírios. Barros (2010)

Para Pinto e Osório (2007), “felizmente, devido à própria dinâmica social, a situação começa a mudar. A população chega à velhice cada vez mais preparada culturalmente para entender e viver esta etapa da vida e começa a exigir da sociedade uma resposta às suas necessidades, não só sanitárias, mas também educativas”.

Para os mesmos autores, os esforços da futura política social devem ser canalizados para os seguintes desafios: fazer entender que a velhice é mais uma etapa de vida; estabelecer redes de coordenação entre os serviços sociais e de saúde destinados aos idosos; proporcionar mais informação e formação sobre o processo de envelhecimento; apoiar a investigação; ajudas para os cuidadores; melhor coordenação entre cuidadores familiares e cuidadores formais; fomentar pensões a longo prazo; criar mais serviços públicos residenciais e criar políticas educativas e culturais. Assinalam ainda os direitos das pessoas idosas consagrados na Assembleia Geral das Nações Unidas, Resolução 46/91: dignidade, independência, realização pessoal, participação e assistência.

Refletindo criticamente sobre este fenómeno, podemos dizer que o envelhecimento demográfico é uma realidade que todos nós reconhecemos e os desafios são muitos e exigem do Estado, família e indivíduo, um olhar crítico e multidisciplinar, devido ao seu impacto a nível social, político, económico e cultural.

Sendo o objetivo das sociedades promover a qualidade de vida dos mais velhos, temos que perceber que viver em contexto rural ou urbano é diferente e o mesmo acontece com viver em comunidade ou numa instituição, e são essas particularidades que nos obrigam a refletir sobre novas práticas.

Começar por desconstruir a imagem negativa associada ao idoso e à institucionalização parece ser o ponto de partida para uma sociedade mais inclusiva que deve valorizar a sabedoria e a experiência, apesar de sabermos que esta nova etapa de vida implica alguns constrangimentos que são conhecidos por todos.

Não podemos centrar-nos nas despesas de Saúde e Segurança Social. O problema reside no lugar da velhice na sociedade. É contrário aos valores democráticos aceitar a exclusão ou a marginalização dos idosos, ou ainda definir a velhice como uma condição social de dependência. Aos grupos idosos assiste o direito efetivo de representação e de participação social e política.

Face ao aumento da esperança média de vida e mudanças na estrutura social, económica e familiar, o Estado sentiu necessidade de intervir com a criação de serviços especializados para os idosos. Interesse-nos analisar os lares de idosos e o processo de institucionalização. A rede informal deve ser sempre a última resposta a considerar-se devido às mudanças associadas.

Para Jacob (2013), perante o envelhecimento da população portuguesa a sociedade civil e o Estado tiveram que se organizar para criar condições para acolher o número crescente de idosos, começando, assim, a ocupar-se de um assunto que anteriormente se centrava na esfera familiar.

Segundo aquele autor (2002), no final do séc. XV, existiam quatro tipos de instituições: albergarias; mercearias (instituições que praticavam o bem pela alma ou saúde de alguém); hospitais e gafarias ou leprosarias. Destas quatro instituições, apenas uma, os hospitais, permanece nos dias de hoje, dedicando-se especificamente aos cuidados de saúde da população.

O mesmo autor divide o apoio aos idosos em dois grupos: os apoios financeiros do Estado (reformas, pensões, comparticipações) e os apoios a nível de infraestruturas e serviços especializados. Estes podem dividir-se em duas categorias: os equipamentos de saúde (centros de saúde, hospitais) e os equipamentos sociais (lares, centros de dia, serviço de apoio domiciliário, centro de convívio...).

A par das transformações demográficas, verificaram-se também importantes transformações ao nível da estrutura familiar. A inserção da mulher no mercado de trabalho e a sua emancipação provocaram importantes mudanças sociais, conduzindo a alterações na estrutura familiar e social de alguns idosos.

O núcleo familiar tradicional, caracterizada por uma interação intergeracional, dá progressivamente lugar a uma estrutura familiar de características marcadamente

nucleares. Estas modificações vieram impossibilitar a permanência de um dos elementos do agregado familiar na residência para cuidar/acompanhar os idosos e sentiu-se a necessidade de recorrer a serviços e respostas especializadas e adaptadas às suas necessidades.

Apesar das transformações na estrutura familiar, é importante ter em conta que a família continua a ser o principal apoio para a maioria dos idosos da sociedade portuguesa. Apesar disso, é cada vez maior o número de pessoas que recorre a lares de idosos e outras respostas sociais, porque atualmente o cuidado ao idoso requer uma intervenção interdisciplinar. Segundo Pereira (2012), a institucionalização surge devido à falta de cuidadores informais e à complexidade dos cuidados a prestar.

Para Fonseca (2013), foi a partir de meados do século XIX que começaram a surgir os asilos, um dos equipamentos mais antigo do mundo, destinados ao internamento definitivo de idosos pobres. Apesar dos asilos e dos hospícios terem sofrido profundas alterações nos seus modos de funcionamento, a verdade é que aos lares de idosos está associada a imagem negativa do asilo.

Segundo Bartholo (2003), o termo asilo empregava-se com o sentido de abrigo e recolhimento, habitualmente mantidos pelo poder público ou por grupos religiosos. Na perspetiva de Goffman (1996:11), este fazia parte das também designadas instituições totais, definindo-as como “um local de residência e trabalho onde um grande número de indivíduos com situação semelhante, separados da sociedade mais ampla por considerável período de tempo, levam uma vida fechada e formalmente administrada”.

Para Fernandes (1997:146 cit in Fonseca 2013: 192), “a segregação social a que estão sujeitos aqueles que se submetem, voluntariamente ou não, a uma instituição que possui as características específicas para agregar pessoas acima de determinada idade, os idosos, contribui para a construção e o reforço de um identidade do que é ser velho”.

Segundo Fonseca (2013), a legislação define lar de idosos como uma resposta social materializada em alojamento coletivo, de utilização temporária ou permanente para idosos em situação de maior risco de perda de independência e/ou de autonomia. Os seus objetivos são essencialmente os seguintes: proporcionar serviços permanentes adequados à problemática biopsicossocial das pessoas idosas, contribuir para a estimulação de um processo de envelhecimento ativo, criar condições que permitam preservar e incentivar a relação intrafamiliar e potenciar a integração social.

Para Sousa (2006), o processo de institucionalização, caracterizado pela saída de casa, pode ser curto ou longo e comporta três etapas: decidir a institucionalização, escolher um lar e a adaptação ao lar.

A mesma autora (2006) sustenta que a maioria dos idosos considera que viver na sua própria residência significa independência e integridade pessoal. Viver durante anos na mesma habitação tem um significado especial para os idosos, nomeadamente a nível de segurança, intimidade, privacidade, identidade e individualidade. Na opinião da referida autora, os idosos estão habituados a ter a sua rotina e a ida para um lar de idosos implica uma rutura nos estilos de vida, obrigando a uma readaptação numa altura em que as incapacidades estão a aumentar. Considera que existem três motivos que podem conduzir o idoso ao lar de idosos, sendo eles: morte do cônjuge, queda ou doença e localização isolada. Todos estes motivos tornam o idoso mais vulnerável, levando a que a institucionalização seja considerada como uma hipótese.

A decisão deve ser explicada com clareza, realçando o fato de que o objetivo não é ficar em casa mas garantir a qualidade de vida. Caso este opte por ficar em casa, deve cumprir alguns requisitos: estabilidade clínica, apoio de um cuidador competente, ambiente físico adequado ou adaptado às necessidades do cuidador e do idoso, acesso aos diversos serviços profissionais e adequado suporte financeiro. (Sousa,2006)

Em relação à participação do idoso na tomada de decisão, Reed et al (2003 cit in Sousa 2006), falam-nos em quatro tipos: preferencial, estratégica, relutante e passiva. A preferencial caracteriza-se por o próprio exercer o direito de decisão; a estratégica exprime um planeamento do idoso ao longo da sua vida no sentido de adotar esta solução; a relutante acontece quando o idoso resistiu ou discordou da decisão de ir para um lar; e na passiva, o idoso aceitou sem questionar e os outros decidem sobre ele.

Segundo Glover-Thimas (2000 cit in Sousa,2006:111), aqueles que têm que tomar a decisão devem ter em conta alguns fatores: os passados e os presentes desejos e sentimentos declarados pela pessoa em causa e os fatores que consideraria na decisão, a necessidade de permitir e encorajar a pessoa a participar, consultar outros membros da rede social e pessoal e tentar que a ação a tomar seja o menos restritivo da liberdade da pessoa.

A adaptação ao lar está dependente de três fatores: circunstâncias da institucionalização, definições subjetivas de lar de idosos e continuidade alcançada após a mudança para o lar. O processo de adaptação é facilitado se a decisão for do próprio, e dificultada se a decisão for relutante, por demência, por resignação e, geralmente,

desencadeia alguma depressão. Quando os idosos podem antecipar e antever a mudança, integram-se com mais facilidade. Groffer (1995, cit in Sousa 2006:114). As instituições devem garantir o respeito pela dignidade, autonomia, privacidade, direito de escolha e independência. (Sousa,2006)

Segundo a mesma autora, existem alguns fatores que podem tornar a relação difícil entre o lar, os idosos e a família, sendo eles: os estereótipos, os conflitos, os impasses, os desvios de conflito e as fronteiras pouco claras. Refere ainda estratégias que permitem uma melhor adaptação ao lar: tornar-se sócio de uma instituição, visitar lares ou inscrever-se antecipadamente. Considera que um bom lar é aquele que tem atividades de animação, possibilita saídas, fornece boa alimentação, tem pessoal simpático e competente, não está sempre a mudar quem lá trabalha, permite ter quarto individual, facilita que os residentes façam boa companhia uns aos outros, oferece conforto físico, disponibiliza serviços de apoio, é seguro e não é demasiado grande.

Para Pereira (2012:149), a institucionalização do idoso pressupõe um espaço de “ressocialização intensa onde os cuidados observados na preparação e desenvolvimento da mesma determina em grande medida a qualidade de vida do idoso institucionalizado”. Para Cardão (2009) o internamento em lar é a alternativa de último recurso à vida familiar para os mais frágeis e dependentes.

Berger & Mailloux-Poirier (s/d cit in Cardão 2009:40) apresentam um conjunto de cuidados gerontológicos que devem existir num lar: desenvolvimento de planos que visam a promoção e manutenção da saúde; aperfeiçoamento de cuidados em conjunto com outras equipas de cuidadores que tenham em consideração a pessoa e a sua história de vida e promoção de modelos de cuidados convenientes à readaptação e autonomia da pessoa idosa.

Na opinião de Guedes (2012:19), tendo em conta que “o processo de internamento em lar pressupõe sempre uma relativa perda de autonomia e a rutura, pelo menos parcial, com os modos de vida anteriores e com a sua residência, espaço estruturador das experiências passadas e da própria identidade dos sujeitos, importa perceber até que ponto a instituição lar poderá contribuir para a mortificação do eu do indivíduo e, ao mesmo tempo, poderá afetar a sua estrutura identitária.”

Para Moura (2012), os lares de idosos têm que ser rapidamente repensados, porque atribuímos demasiada importância ao motivo que leva os idosos a optarem por esta medida e consideramos que o fazem por motivos de dependência, mas esquecemo-nos de refletir que o modelo de lar atualmente em vigor não apresenta qualquer oferta

para os mais autônomos. O critério de admissão não deveria ser apenas ter mais de 65 anos, porque assim excluimos os independentes, saudáveis, ativos e com saúde.

É importante determinar as tipologias de lares (vida independente, vida assistida e vida apoiada), conseguir responder às necessidades em serviços específicos e adequados a essas respostas e é importante alternarmos as nossas próprias respostas criando zonas diferenciadas para cada tipo de pessoa tendo em consideração as suas necessidades. Moura (2012).

Para Guedes (2012), quando os indivíduos percebem que as suas particularidades e a sua singularidade são ameaçadas ou a sua atuação se torna fruto de uma repetição, desencadeiam-se forças psicológicas no sentido da mudança desta situação. A ameaça ao sentimento subjetivo de identidade é particularmente relevante quando nos reportamos às experiências e à vivência em grupo. O grupo é sentido como uma ameaça à identidade de cada um e provoca uma diversidade de sentimentos nos seus interlocutores.

Para Lipiansky (1990 cit in Guedes 2012) o anonimato inicial, como acontece aquando da entrada no lar, provoca a sensação de não pertença ao coletivo e gera incerteza quanto à impressão que se vai causar nos outros, gerando medo face a um julgamento negativo e a uma imagem desvalorizante, desinteressante, antipática. A situação é vivida numa espera ansiosa face a alguma ameaça à imagem que se deseja transmitir.

Segundo Lipiansky (1990 cit in Guedes 2012), todos desejam o reconhecimento perante o coletivo e esta procura pode exprimir-se de várias formas e responder às necessidades de existência, inclusão, valorização e individualização. Afirma que “primeiramente, a necessidade de existir, de se tornar visível aos olhos dos outros, de ser escutado, tomado em consideração, apesar de uma certa apreensão que acarreta reações de defesa. Depois, a necessidade de fazer parte do grupo, ter o seu lugar, estar incluído na comunidade grupal”.

Para o mesmo autor, estamos a falar de um processo de comparação social caracterizado por uma imagem positiva de si, força e coerência e interessa ser reconhecido pelas pessoas já valorizadas pelo grupo tal como os líderes. Contudo, os participantes do grupo podem não aceitar esta imagem positiva de si e tentativa de sedução e sentirem-se inferiorizados e manifestar uma reação negativa.

Existe também “a necessidade de individualização, de ser reconhecido na sua própria identidade, singularidade, diferença. Contudo, o grupo é frequentemente

entendido como um obstáculo à individualização, sendo necessário lutar contra uma pressão uniformizante, criar oposição face à dinâmica grupal para se conquistar a singularidade.” (Lipiansky 1990 cit in Guedes 2012: 58).

Guedes (2012:59) fala em estratégias de adaptação positivas e negativas. Por estratégia entende “um conjunto de ações coordenadas, no sentido de resolver positivamente determinada situação de tensão individual ou coletiva, que possa ser posta em causa”. Em muitas situações, os familiares assumem-se como os mediadores do processo de entrada no lar, acompanhando os seus familiares idosos nesse processo.

Jacob (2013) considera que assegurar a qualidade e sustentabilidade financeira das instituições que prestam serviços de apoio social cuidados de saúde a idosos, numa sociedade cada vez mais envelhecida, é um grande desafio.

Para o mesmo autor, quando nos referimos à qualidade dos serviços para pessoas idosas, surge a ideia de residências bem decoradas, grandes, com uma arquitetura moderna, com um grande jardim, amplos espaços. No entanto, apesar destes aspetos serem importantes, a verdade é que existem indicadores de qualidade que facilmente podem ser esquecidos e é aqui que reside a diferença entre os lares ilegais e os lares legais. A procura é maior que a oferta e isso torna o mercado privado dos lares bastante atrativo e a tendência é para aumentar, porque o envelhecimento aumenta também. A Carta Social refere que, em dezembro de 2011, estavam registados 1912 lares de idosos com capacidade total para 73595 lugares e deverá haver cerca de 3000 lares ilegais.

Para o mesmo autor, muito se tem feito para melhorar os serviços e a legislação e a regulamentação surgem no sentido de aperfeiçoar o cuidado que é prestado aos idosos, especialmente aos casos de abandono e dependência. Mas, apesar do controlo que é feito, continuam a existir casos de lares ilegais e esta é ainda uma realidade pouco conhecida. Colocam-se, então, as seguintes perguntas: para onde iriam esses idosos se os outros esgotarem a sua capacidade? Estaria o país preparado para essa realidade? São questões controversas, porque os lares são um negócio lucrativo, a procura é maior do que a oferta, a maioria tem a capacidade lotada e as famílias, ou por falta de informação ou por falta de alternativa, acabam por aceitar uma situação que poderá comprometer as necessidades dos seus familiares.

Um outro aspeto referido pelo autor prende-se com a formação dos profissionais que trabalham nestas instituições. A legislação, apesar de ter sofrido alterações ao longo dos anos, continua a ser omissa relativamente à formação importante e necessária neste

tipo de serviços. Existem várias ofertas formativas, cursos de especialização, formação superior que permitem aos colaboradores aperfeiçoar os seus conhecimentos de forma a poderem prestar um serviço de qualidade.

Jacob (2013) refere que, para além do processo de desvinculação associado à institucionalização, os utentes passam a ter regras a cumprir que derivam de viver numa coletividade. Aos lares está também associada a ideia de degradação do estado de saúde ou a desajustamentos de apoio familiar e por isso conotada com a doença e solidão.

Para aquele autor, é necessário fazer um levantamento das necessidades, explorar corretamente a realidade, utilizar instrumentos fidedignos e saber que apoio e cuidados necessita cada utente, quantificar os custos e verificar que cuidados são fornecidos, entre outros aspetos. A implementação de indicadores e da certificação da qualidade faz todo o sentido na atualidade para melhorar o bom funcionamento deste tipo de instituições.

Refletindo criticamente sobre esta matéria, podemos referir que se trata de uma filosofia de atuação das instituições modernas e competitivas, tornando-se cada vez mais numa questão de acesso a mercados mais exigentes. O interesse crescente em produzir com qualidade e demonstrá-lo é uma diferenciação positiva, que se tem vindo a afirmar em todas as áreas do setor social.

As normas de gestão da qualidade e a certificação permitem encontrar soluções para problemas recorrentes, aumentando a produtividade e reduzindo os gastos, contribuindo, assim, para a manutenção de um serviço de qualidade. O desenvolvimento de uma cultura baseada na qualidade abre caminho à eficácia e à eficiência organizacional. Este processo implica um trabalho de equipa, onde todos devem ter responsabilidades, de modo a conseguir-se identificar os problemas e encontrar as soluções mais adequadas. A decisão deve ter em conta vários aspetos. Os consumidores tornaram-se cada vez mais exigentes a todos os níveis, impondo às instituições a prestação de serviços de elevada qualidade.

É necessário ter em consideração que este processo implica motivações, dificuldades e custos e um trabalho a longo prazo. As instituições devem dar prioridade à formação inicial e contínua e possibilitar aos seus colaboradores ferramentas que lhes permitam fazer o seu trabalho da melhor forma possível, segundo as normas definidas. A implementação do sistema não é obrigatória e deve ser voluntária, porque assim os objetivos e metas podem ser mais facilmente atingidos.

É fundamental, para muitas instituições, a existência de referenciais de qualidade, na medida em que urge cada vez mais a necessidade de prestar serviços de apoio devidamente ajustados à realidade da sociedade atual e que respondam às exigências individuais do idoso. Esta nova realidade é cada vez mais evidente, resultado do envelhecimento da população e também reflexo do crescente número de organizações que têm surgido nos últimos anos.

Para Pimentel (2005), a solidão, o isolamento, a precaridade econômica e habitacional, a ausência de redes de suporte e a dependência física, são os fatores que levam à institucionalização do idoso. Contudo, este último é apontado como o principal motivo de internamento em lar.

Para alguns idosos, a entrada no lar possibilitou uma melhoria das condições de vida e estabilidade emocional, mas para outros significou ruptura do espaço físico e relacional. Apesar de considerarem esta alternativa angustiante, porque ocorre um corte com a sociedade, consideram-se seguros e protegidos, porque têm apoio em qualquer circunstância. Pimentel (2005)

Segundo a mesma autora, quando existe a consciência de que a rede informal não é suficiente e a capacidade de resposta é limitada, a opção pela rede formal surge como uma alternativa e o objetivo passa por prevenir situações de maior dependência que podem ter consequências drásticas.

A autora fala-nos em relações sociais internas e externas. Nas relações externas verificou que a maior ou menor facilidade de integração e aceitação da nova realidade depende do regulamento e do grau de abertura ao exterior da instituição.

Segundo Goffman (1968 cit in Pimentel 2005:179) “todas as instituições criam um universo específico, que tende a envolver todos os que dela fazem parte. Existem, no entanto algumas que têm ma tendência incomparável par criar barreiras a eventuais trocas com o exterior. A este tipo, o autor chama de instituições totalitárias”. Tendo em conta a diversidade de instituições de apoio aos idosos torna-se difícil, para a autora, agrupá-las numa mesma categoria e generalizar as conclusões.

Nas relações internas verificou que a convivência forçada, a partilha de um mesmo espaço com alguém que se desconhece ou que se conhece superficialmente podem ter um impacto negativo na adaptação do idoso e as interações entre os membros, geralmente, são conflituosas e de indiferença perante os outros. Para os idosos, a convivência é pouco proveitosa e têm poucos interesses em comum que lhes permitam manter uma conversação agradável.

Por vezes, adotam uma atitude de conformismo que leva a um isolamento voluntário e a convivência é artificial, embora se notem atitudes de entreatajuda e de camaradagem e as relações entre idosos e funcionárias são, por vezes, incompatíveis. O espaço institucional é complexo, envolto em relações complexas onde se movimentam uma diversidade de pessoas. (Pimentel 2005).

Os idosos que residem na comunidade analisam positivamente o apoio institucional, mas manifestam preferência pelos serviços de base comunitária como o Apoio Domiciliário e apontam o internamento como o ultimo recurso. Por outro lado, estão conscientes de que os seus familiares podem não ter disponibilidade para cuidar deles e por isso consideram a hipótese de internamento em lar. O fato de conhecerem alguns serviços pode condicionar a representação positiva ou negativa da institucionalização. Demonstram ter receio em não se adaptar, criticam algumas normas e pretendem manter a privacidade e autonomia, ter um espaço individualizado. (Pimentel 2009).

Segundo Pimentel (2009), a experiência da institucionalização não é determinante ou decisiva na definição do tipo de trocas e de interações que se estabelecem entre o idoso e a sua rede relacional. Os idosos institucionalizados dispõem de menor diversidade de interações, menor possibilidade de se envolverem em atividades do seu agrado e menor frequência de trocas instrumentais e expressivas.

Entende que os idosos estão conscientes de que os seus filhos não podem cuidar deles e adotam uma atitude de desculpabilização, referindo a atividade profissional como justificação e não a falta de vontade. Acrescenta que as interações dos idosos com os parentes se traduzem em visitas, telefonemas e passeios conjuntos.

As oportunidades para se manterem ativos são poucas, apesar de existir vontade da parte deles e algum esforço por parte da instituição para evitarem a estigmatização. A instituição significa muito para eles quando a rede de interações não tem capacidade para os tratar. No entanto, o internamento não é excessivamente dramatizado, apesar de implicar uma rutura dos hábitos e contextos de vida anteriores. (Pimentel 2009).

Pimentel (2009) refere que a integração do idoso pode ser facilitada pela abertura da instituição ao exterior e pelo incentivo às relações sociais. Um outro fator importante prende-se com o acolhimento e o encaminhamento personalizado ao nível da informação adequada sobre direitos e deveres, funcionamento e disponibilidade para ajudar o idoso a solucionar os seus problemas.

Segundo aquela autora, tem que haver uma percepção das capacidades, motivações, criatividade, evitar a ridicularização e a pressão e deve haver respeito pelo idoso. A formação é importante, bem com a organização do espaço, que deve privilegiar a privacidade e ser personalizado. É fundamental haver responsabilidade, vontade, consciencialização dos problemas dos idosos, respeito pelas suas necessidades, forma de estar, personalidade e individualidade e, desta forma, a institucionalização poderia ser menos penosa e angustiante. (Pimentel 2009)

Os idosos de hoje são diferentes dos do passado e os do futuro certamente apresentarão características diferentes, o que obriga a uma atualização das práticas profissionais e ao investimento na formação.

É necessário ter em consideração alguns aspetos que podem colocar a sua identidade em risco, nomeadamente, a relação entre os idosos e os funcionários, o investimento que é feito na participação da família, a organização dos processos individuais e outros documentos, o trabalho em equipa, respeito pela opinião, gostos e interesses do idoso, entre outros aspetos. Podemos dizer que não existem estratégias de adaptação perfeitas, pois estas devem ser adaptadas à realidade do lar e tendo em consideração a sua missão, visão e valores.

É fundamental analisar o funcionamento dos lares, pois são o passo essencial para a introdução de mudanças e de novas estratégias, de forma a melhorar e qualificar este tipo de resposta social, promovendo a qualidade de vida dos idosos e o seu bem-estar.

Compreender o verdadeiro sentido de adaptação contribuirá para sensibilizar todos aqueles que cuidam formalmente dos idosos, ressaltando a importância de se conhecer o processo de envelhecimento e esta compreensão possibilitará o entendimento de que somos responsáveis por todos.

Para Júnior e Tavares (2005: 152) “...não devemos esquecer que, muitas vezes, o lar cumpre papel de abrigo para o idoso excluído da sociedade e da família, abandonado e sem um lar fixo, podendo se tornar o único ponto de referência para uma vida e um envelhecimento dignos”.

Para Golant, cit. por Paúl (2005:261) “os resultados da mudança para um lar têm a ver, por um lado, com as características sociodemográficas dos idosos, a congruência entre a personalidade, o ambiente e os padrões comportamentais, bem como a avaliação que fazem do meio, os recursos pessoais, a avaliação dos processos de mudança e os respetivos recursos para lidar com a situação”.

Como refere Vendevre (1999), cit in Bernardino (2005, p. 39), “ ... muitas vezes os laços familiares fortalecem-se e a qualidade relacional melhora com a institucionalização do idoso, talvez porque a carga, por vezes excessiva de olhar por um idoso dependente, que a família sentia, ficou resolvida, deixando lugar à expressão do afeto”.

Esta realidade é de tal forma relevante que, em 24 de setembro de 1993, realizou-se um encontro na Holanda, da responsabilidade da Associação Europeia de Diretores de Instituição de Idosos, resultando na criação da Carta Europeia dos Direitos e Liberdade do Idoso Residente em Instituições e que passamos a citar (Born & Boechat, 2006, p.1134):

- “Promover e melhorar constantemente a qualidade de vida e minimizar as inevitáveis restrições acarretadas pela vida na instituição;

- Manter a autonomia do idoso;
- Favorecer a livre expressão da sua vontade;
- Favorecer o desenvolvimento da sua capacidade;
- Possibilitar liberdade de escolha;
- Garantir um ambiente de aconchego na instituição como na sua própria casa;
- Respeitar a privacidade;
- Reconhecer o direito do idoso a seus próprios pertences, independentemente da sua limitação;

- Reconhecer o direito do idoso a assumir riscos pessoais e exercer responsabilidade conforme sua escolha;

- Respeitar a manutenção do seu papel social;
- Garantir acesso ao melhor cuidado conforme seu estado de saúde;
- Proporcionar cuidado integral e não apenas médico”.

Em princípio, as pessoas idosas que “optam” pela institucionalização pretendem usufruir o mais possível dos seus últimos anos de vida; anseiam viver num ambiente seguro onde possam exercer algum tipo de controlo, com alguma autonomia, sabendo que, se necessário, poderão ter resposta a certas limitações que possuam, implicando assim uma adaptação dos espaços às capacidades físicas e sensoriais diminuídas (Perracini, 2006).

A título de exemplo, podemos referir que, segundo o Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social (2007 cit in Pereira 2012), do universo das 7004 valências existentes para idosos, 2075 são lares. Estes têm capacidade para 75.884 lugares, com

uma média de 36,5 utentes por valência; 41% dos lares só recebem utentes do concelho onde estão instalados; a distribuição pelo país é homogénea; a taxa de cobertura no continente é 4,2% da população com mais de 65 anos; a taxa real de ocupação ronda os 95,9 %; e 88% das valências têm serviços de saúde, sendo que 48% dos médicos e enfermeiros têm contratos de prestação de serviços. Os lares são procurados por idosos com mais de 80 anos, em maior número pela população feminina; 92% têm acordos com o Estado e 80% realizam pelo menos uma atividade de animação.

Para Pereira (2012), os lares raramente são encarados como projeto de vida, mesmo quando a qualidade do equipamento é elevada e existe bem-estar, sendo antes considerados como o último recurso e última morada.

Segundo Fonseca (2013), os lares de idosos, tal como acontece com outras respostas sociais, apresentam limitações e virtualidades. No primeiro caso, o autor refere o excessivo fechamento e regulamentação, despersonalização do sujeito, atividades rotineiras e horários rígidos, falta de intimidade e privacidade e pouco envolvimento das famílias; no segundo, o autor aponta a previsibilidade, segurança, serviços diversificados, conforto, flexibilidade horária das visitas e compensação de vulnerabilidade económicas.

Analisando criticamente este processo, devemos refletir sobre alguns aspetos que merecem ser analisados. A integração num lar de idosos pode ser um processo doloroso, porque pressupõe, quase sempre, o abandono definitivo do espaço físico familiar e a diminuição dos contactos com a rede até então existente.

Por vezes, podem ocorrer alguns problemas, como aumento de stress, depressão, perda de apetite, perda de peso, autoimagem negativa, perda de interesse por atividades, passividade, entre outros. É fundamental que este processo ocorra respeitando a opinião, sentimentos, história de vida, gostos, hábitos do idoso, para que a ambientação ocorra da melhor forma possível.

Os cuidadores formais devem realizar um trabalho de equipa e recorrer a diversas estratégias de adaptação, que podem variar consoante as características individuais de cada idoso. Tendo em consideração as mudanças que podem provocar na vida do indivíduo, é desejável que a institucionalização seja o último recurso a ser considerado e, caso a opção recaia sobre a mesma, deverá ser realizada tendo em consideração os aspetos acima mencionados.

Depois de analisados os conceitos de envelhecimento, institucionalização resta-nos refletir sobre o conceito de cuidador formal. O envelhecimento populacional e o

aumento do número de idosos a viver em lares obriga-nos a repensar a tarefa de cuidar formalmente de idosos e a necessidade de haver profissionais competentes nas instituições que os acolhem.

O cuidador surge como figura fundamental, que dá resposta às necessidades dos utentes autónomos e dos dependentes. Contudo, em Portugal, o aumento do número de idosos em situação de dependência faz emergir um novo fenómeno na sociedade, que se refletiu na criação de um novo grupo profissional: os cuidadores formais.

Tendo em consideração a estimativa mundial, que aponta para 24 milhões de pessoas com demência, com tendência a duplicar a cada 20 anos (Ferri et al., 2005, citados por Barbosa et al., 2011), a institucionalização do idoso apresenta-se como uma alternativa quando as capacidades cognitivas e motoras estão comprometidas e o meio familiar não consegue assegurar todos os cuidados necessários.

Segundo Sousa (2006), desde os anos 1960, em Portugal, tem-se verificado um aumento dos cuidados comunitários. Contudo, os serviços destinados aos idosos são escassos, sem tradição, desenvolvidos em instituições com pouca história e experiência e desempenhados por técnicos sem formação em geriatria ou gerontologia.

Na opinião da mesma autora, os cuidados aos idosos são entendidos como um dever familiar e o recurso às instituições está associado a desinteresse e abandono. O lar, serviço de apoio domiciliário, centro de dia, centro de convívio, são alguns dos serviços que existem em Portugal, destinados aos mais velhos.

Nunes e Menezes (2014) distinguem dois tipos de cuidadores: os informais e os formais. O cuidador informal, geralmente, é um membro da família; e os cuidadores formais “são os que possuem uma atividade profissional devidamente qualificada nesta área (enfermeiros, ajudantes familiares, psicólogos), que a família pode contratar, convivem com o idoso num certo período diário, estabelecendo com ele uma relação de ajuda e recebem uma remuneração” (Leonor Silva, 2008 cit in Nunes e Menezes 2014:159).

Em Portugal, é possível perceber uma panóplia de designações para estes cuidadores formais, legitimada por legislação oficial: auxiliares de apoio a idosos, ajudantes familiares domiciliários, ajudantes de ocupação, ajudantes de lar e centro de dia, ajudantes de internamento e muitas outras (Jacob, 2003; Sousa, 2011).

Os cuidados formais, segundo Sousa (2006), são solicitados quando os informais não conseguem dar resposta às necessidades dos idosos, mas não são substitutos uns dos outros. O tempo utilizado pelos formais é inferior ao dos informais para tarefas

equivalentes. Os informais não sentem os formais como parceiros, mas encaram-nos como alguém de quem precisam e de quem dependem. Os níveis de satisfação aumentam quando os profissionais dão atenção ao cuidador informal e ao idoso.

Alcançar a parceria entre ambos não é fácil, porque requer delimitação de competências. Tanto os profissionais como os familiares acham que têm mais conhecimentos sobre as necessidades dos idosos e por isso é necessário reconhecer que existem diferentes formas e áreas de especialização. Sousa (2006)

Segundo Harvath et al (1994 cit in Sousa 2006), o ideal seria um equilíbrio entre o que apelida de conhecimento local (conhecimento do cuidador informal sobre o mundo do idoso) e cosmopolita (conhecimento técnico dos profissionais).

Para Hasselkus (1994 cit in Sousa 2006), em caso de doença, o profissional deve assumir a liderança, mas, com a diminuição da pressão, os cuidadores informais devem ter um papel mais ativo e, ao adquirirem conhecimento e confiança, o profissional deve tornar-se num facilitador.

Nolan (1996 cit in Sousa 2006) apresenta um modelo que reflete as ideias de capacitação e parceria, designado cuidadores especialistas. Este modelo reconhece que as competências dos cuidadores se desenvolvem com o tempo e que implicam uma parceria.

Para a autora, as relações entre ambos desenvolvem-se em três fases: envolvimento, colaboração e capacitação. O envolvimento é o momento de estabelecer laços, canais de comunicação, padrões de relação e fronteiras; a colaboração destina-se a instituir uma parceria firmada no reconhecimento de objetivos e estratégias comuns; e a capacitação assume-se pela partilha de poder e responsabilidade.

Por vezes, podem existir problemas que se colocam em três situações: a primeira ocorre quando um profissional estabelece regras muito rigorosas a um idoso; a segunda quando a família acha que o profissional está a ir além do seu papel; a terceira quando a família está insatisfeita com o serviço acusando a direção e a instituição.

Fonseca (2014) considera que a definição de um plano de cuidados ou de desenvolvimento individual deveria ser entendido como um instrumento de trabalho interdisciplinar e um garante da qualidade de intervenções, porque, na sua opinião, quase nunca se realiza uma avaliação multidimensional dos idosos, o que origina lacunas na intervenção junto da população sénior.

Em poucas instituições são implementados procedimentos que uniformizem estratégias de acompanhamento e atualização de necessidades. Ao diagnóstico inicial

quase nunca sucedem fases de acompanhamento e avaliação das situações dos idosos e suas famílias. Os serviços asseguram as necessidades básicas e as atividades são rotineiras, sem potencial para despertarem aprendizagens, interesses. Os modelos de gestão são centralizados, sem envolvimento dos utentes, das famílias e dos profissionais na tomada de decisões. A direção administrativa tem um conhecimento distante da realidade e das problemáticas das instituições. Fonseca (2014)

O quadro de pessoal é pouco diversificado e ajustado à diversidade das necessidades das pessoas mais velhas e nem sempre se investe na formação dos profissionais. É importante recorrer a financiamentos alternativos e não fixar-se apenas no idoso, na segurança social e na instituição. A implementação de certificação da qualidade deveria ser exigida às instituições, porque permitiria prestar melhores serviços.

Frequentemente, as famílias e os idosos têm dúvidas sobre a escolha do serviço ou equipamento social. O Instituto da Segurança Social (2010), para facilitar a tarefa, considera que a escolha deve ter em consideração, entre outros, os seguintes aspetos: organização, condições de acesso, horários, mensalidade, instalações, funcionamento, serviços pagos ou não à parte, deslocações ao exterior e encargos, possibilidade de ser seguido pelo médico de família, que serviços estão incluídos, se precisa pagar caução. Fonseca (2014)

É fundamental ter uma cópia do Regulamento Interno e do Contrato de Prestação de Serviços e saber que existe um Livro de Reclamações. A escolha deve ter em consideração valores como a sociabilidade, aprendizagem, participação cívica e comunitária, sentimento de utilidade e integração social. O autor destaca a importância dos programas intergeracionais e dos programas de voluntariado sénior pelo seu papel na transmissão de tradições culturais, na colaboração ativa, na partilha de recursos, na resolução conjunta de problemas, entre outros. Fonseca (2014)

Segundo Colomé et al. (2011), a tarefa de cuidar encontra-se associada à figura feminina, devido a fatores históricos, culturais, sociais e afetivos. O facto de, tradicionalmente, as mulheres cuidarem dos filhos, do marido e da casa levou a que a adaptação à tarefa de cuidar de idosos fosse de certa forma mais facilitada.

Para Ribeiro e colaboradores (2008, citado por Colomé et al., 2008), o nível de escolaridade dos cuidadores é outro aspeto relevante e que deve ser ponderado e analisado, porque se reflete na realização de atividades, como o auxílio na toma da

medicação, no acompanhamento do idoso a consultas médicas, na capacidade para compreender e transmitir orientações médicas, entre outros aspetos.

A interajuda entre os cuidadores é um outro aspeto importante, especialmente no auxílio em situações que exijam força física. A capacidade de comunicar e cooperar dos cuidadores profissionais é uma qualidade que desenvolve competências para a prática de uma assistência intergrupala (Colomé et al., 2008). Esta mesma relação de ajuda, juntamente com um bom ambiente profissional, propicia uma maior satisfação no cuidador, melhorando a sua qualidade de vida, o que se vai revelar no melhor desempenho do seu trabalho.

Cuidar de idosos envolve algumas dificuldades, especialmente quando o idoso sofre de demência. Segundo investigações levadas a cabo por Barbosa et al. (2011), as principais dificuldades apresentadas pelos cuidadores formais são: a interação com o utente; o desconhecimento da doença; a falta de tempo e de recursos humanos; o impacto emocional e físico; a dificuldade de organização; o planeamento de atividades; e a interação com a família dos utentes.

A formação dos cuidadores, bem como a aquisição de competências e de conhecimentos, são cada vez mais importantes, porque permitem que estes executem melhor o seu trabalho. Contudo, o stress e a sobrecarga emocional de quem cuida são normalmente desvalorizados, sendo que a qualidade de vida do cuidador é um aspeto com extrema importância e que necessita de ser tido em devida consideração. (Davison et al., 2007, citados por Barbosa et al., 2011, p. 120).

Segundo a investigação levada a cabo por Barbosa et al., (2011), a maioria dos cuidadores formais não possui uma formação específica para cuidar do idoso com demência. Contudo, os mesmos referem terem competências, sendo que estas resultam da experiência adquirida e da interação estabelecida com aqueles que prestam serviço em instituições para idosos há mais tempo.

As dificuldades de comunicação e de interação com o idoso com demência são dificuldades apontadas pelos cuidadores. Porém, outras são referidas: lidar com distúrbios comportamentais; falta de tempo pelo acumular de tarefas; falta de recursos disponíveis (em especial de recursos humanos para o atendimento personalizado de cada idoso); o planeamento de atividades; a interação com a família.

Devido a fatores de organização institucional, como é o caso de falta de cuidadores nas instituições, a existência de barreiras arquitetónicas, entre outros, a autonomia do idoso fica comprometida, porque o exercício autónomo das atividades

básicas da vida diária não é estimulado, levando à dependência do idoso e consequentemente ao aumento do tempo que lhe é dedicado pelo cuidador.

Para Victor et al. (2007, citados por Colomé et al., 2011), é importante a presença de profissionais como médicos, fisioterapeutas, enfermeiros, educadores e outros para a diminuição da sobrecarga dos cuidadores, pois os mesmos desenvolvem estratégias que vão ao encontro do bem-estar, das interações sociais e da autoestima, tanto dos idosos como dos próprios cuidadores, através do planeamento e execução de atividades físicas, recreativas, interativas e sociais e o pouco envolvimento destes na dinâmica institucional.

Num estudo de Reis e Ceolim (2007), em que os cuidadores foram questionados sobre o envelhecimento, os aspetos positivos relacionados com o mesmo foram a experiência de vida acumulada pelo idoso que transmite ensinamento, o respeito e a dignidade. Como aspetos negativos, a velhice como uma etapa difícil, devido às dificuldades causadas pelo comprometimento de algumas funções do organismo, o aparecimento de doenças, dores e a necessidade de ajuda psicológica devido a distúrbios neurológicos, foram os mencionados pela amostra do referido estudo.

O conhecimento do processo de envelhecimento permite encarar o idoso como um ser com as suas limitações mas também com as suas potencialidades. Por outro lado, o respeito pela sua individualidade e vontade assume-se como um aspeto primordial para melhorar os cuidados prestados.

Grande parte dos cuidadores revela desconhecimento dos aspetos físicos, psicológicos, emocionais e sociais característicos do envelhecimento, o que leva a que o idoso não seja bem compreendido e que o seu atendimento não se dê da forma mais adequada. Estes aspetos levam também a que o potencial para o autocuidado e para a preservação da autonomia do idoso não seja tida em conta (Reis e Ceolim, 2007).

Os trabalhadores em instituições para idosos descrevem o idoso como doce, carinhoso, conformado e humilde, submisso, dependente e tranquilo, com atitudes de vitimização e infantilização (Reis e Ceolim, 2007).

Já Fallowfield (1990) e Kaplan (1985) (citados por Almeida, 2008) consideram que a qualidade de vida deve ser percebida em função de três domínios: o físico, o social e o psicológico. Tendo por base a definição de saúde da OMS (Organização Mundial de Saúde), Launois (1994, citado por Almeida, 2008) apresenta as características essenciais da qualidade de vida do indivíduo: o sentimento de bem-estar, uma emotividade equilibrada, uma integração social satisfatória e um bom estado físico.

A qualidade de vida é assim um aspeto subjetivo, sendo importante referir que um adulto e o idoso têm um entendimento diferente sobre o que é a qualidade de vida.

O cuidar de idosos não deve ser encarado como algo negativo e desencadeador de stress físico e emocional. Trata-se apenas de uma tarefa difícil, porque os idosos de hoje são heterogêneos, com necessidades e interesses muito diferenciados.

O estudo realizado por Vieira et al. (2011) evidencia cinco categorias relacionadas com a forma como o cuidador encara o apoio prestado: como uma técnica; como interação; como expressão de subjetividade; como atitude; e como descaracterização do sujeito.

A primeira perspetiva, que considera o cuidado como uma técnica, tem em vista o atendimento das necessidades básicas do idoso, em virtude do declínio das suas habilidades funcionais. É a parte técnica do cuidado que ainda está presente no entendimento dos cuidadores, descurando outras de grande importância. Neste ponto, foi referido pelos cuidadores a sua necessidade de formação para o aperfeiçoamento das atividades de atendimento às necessidades físicas do idoso.

A segunda apresenta-nos o cuidado como interação, em que o cuidar envolve uma atenção às necessidades dos idosos e às suas características individuais. O cuidado está relacionado com a interação que se estabelece entre quem cuida e quem recebe o cuidado. Não é apenas um cuidado técnico mas também relacional, assistindo-se a uma humanização do cuidado. O diálogo e a linguagem não-verbal (os gestos, o olhar, o toque) são aspetos tidos como essenciais nesta categoria.

A terceira refere-se ao cuidado como expressão de subjetividade, sendo esta categoria definida pela referência dada onde a interação interpessoal que abrange o respeito, a consideração, a compaixão e o afeto, sendo assim um cuidado que remete para o sentimento.

Na quarta, o cuidado como atitude, envolve a atitude profissional, que requer responsabilidade, compromisso, disponibilidade, respeito e paciência. Os profissionais encaram a sua tarefa como uma obrigação social e cívica de assistir um ser humano que se encontra numa situação frágil e vulnerável.

Por fim, a quinta refere-se ao cuidado como descaracterização do sujeito, onde a expressão “colocar-se no lugar do outro” tem primazia, pois alguns dos cuidadores vivenciam a situação do idoso como se fosse a própria realidade do cuidador. O facto de alguns cuidadores verem a pessoa idosa como se fosse mesmo alguém da sua família é também apontado como característica deste tipo de cuidado.

A investigação levada a cabo por Barbosa et al. (2011) apresenta-nos o lado positivo da prestação de cuidados ao idoso com demência, tendo referido: a manutenção da dignidade, o sentimento de que se está a contribuir para o bem-estar da pessoa com demência, a aprendizagem e o enriquecimento pessoal e a aquisição de novos conhecimentos e competências.

Os cuidadores formais são especificamente contratados para auxiliar os idosos no exercício das suas atividades básicas e instrumentais de vida diária e como tal é esperado dos mesmos o profissionalismo e a formação necessária para o exercício da sua profissão. Segundo Ribeiro et al. (2009), o cuidado dispensado ao idoso transforma-se, em grande medida, numa tarefa difícil e complexa, onde os sentimentos de angústia, insegurança e desânimo são uma realidade experienciada pelos prestadores de cuidados.

Embora os estudos focalizem os resultados no lado negativo, para os mesmos autores (Ribeiro et al., 2009) os cuidadores formais de idosos não vivenciam a sua profissão da mesma forma, e os sentimentos de conforto são experimentados quando os resultados provenientes do cuidado ao idoso são benéficos, embora os mesmos requeiram esforços físicos e psíquicos. O modo como o idoso é cuidado está inevitavelmente relacionado com valores, crenças e experiências vividas pelos cuidadores.

Os cuidadores identificam, neles mesmos, o risco futuro de institucionalização, sendo que esta projeção do seu futuro, em especial quando os cuidadores possuem os fatores de risco para institucionalização (género feminino, nível socioeconómico baixo, entre outros) predis põem a vínculos de solidariedade e de empatia estabelecida com os idosos.

Os cuidadores a prestar serviço em instituições para idosos vivenciam a sua profissão tendo por base experiências anteriores, o nível de motivação e de preparação para a profissão e as características individuais.

Segundo um estudo de Carvalho et al. (2006), a resiliência é uma característica de extrema importância para avaliar os níveis de esgotamento físico e mental ligado à vida profissional nos cuidadores formais de idosos. Verificou-se que os cuidadores que apresentavam baixos níveis de resiliência sofriam maior esgotamento e atitudes de indiferença no seu trabalho. Por outro lado, os sujeitos com níveis mais elevados de resiliência possuem um maior compromisso laboral, reduzindo assim a sua vulnerabilidade em situações de risco laboral.

Nas instituições, nos serviços destinados à população idosa, os cuidadores designados por cuidadores formais tratam as pessoas segundo as regras estabelecidas e as linhas orientadoras específicas das instituições. Normalmente, os principais objetivos são zelar pelo bem-estar biopsicossocial do idoso, prestando serviços de saúde, cuidados básicos, de educação, de animação, de lazer e sociais.

Para Sequeira (2010), o cuidador deve ter iniciativa (capacidade de iniciar uma ação, identificar a necessidade, selecionar a intervenção e implementá-la), responsabilidade (assegurar a qualidade da ação) e ter autonomia (capacidade para implementar e avaliar as ações)

Para Sousa (2006), a grande maioria dos equipamentos sociais são realizados por instituições privadas sem fins lucrativos, com implantação local, seguindo diretrizes do governo. É notória a baixa qualidade física de muitas delas e o pouco apreço pela autodeterminação dos utentes e em alguns casos verificam-se atitudes e comportamentos opressivos por parte dos cuidadores formais. Desde logo, verificamos que é necessário implementar novas medidas/estratégias. Como sugestões, podemos apontar: rever os requisitos do processo de recrutamento, realizar formação contínua, avaliar as competências dos profissionais, avaliação do desempenho, entre outros.

Uma vez que as entrevistas são aplicadas aos idosos institucionalizados e à diretora técnica parece-nos importante fazer uma breve reflexão sobre este cargo, até pela sua importância na definição de estratégias facilitadoras da adaptação do idoso ao lar.

Segundo Jacob (2013), o cargo de diretor técnico é o mais qualificado e importante num equipamento social. O seu trabalho é complexo por dois motivos. O primeiro motivo: está entre a direção e os funcionários, tanto defende os seus interesses como supervisiona o trabalho dos mesmos e por isso é necessário bom senso e muita diplomacia. O segundo motivo: é um trabalho solitário, porque, muitas vezes, a equipa técnica é composta por uma única pessoa e não existe alguém com quem possa trocar uma opinião.

Antigamente, a responsabilidade de cuidar do idoso pertencia à família, mas porque esta não consegue assegurar a totalidade dos cuidados sentiu a necessidade de recorrer aos cuidados formais. Contudo, esta é uma realidade complexa e dinâmica do ponto de vista quer das necessidades, quer dos sentimentos de quem os presta e de quem os recebe.

Este processo depende de muitos outros fatores, como: as doenças físicas e mentais, o contexto familiar do idoso, a motivação para a profissão, o sistema de crenças e valores, a organização da instituição, entre outros.

O aumento de casos de idosos em situação de dependência faz-nos pensar que a formação dos cuidadores é fundamental e que todas as instituições devem promover formação inicial e continua.

O grau de eficiência/eficácia no papel do cuidador formal está relacionado com a formação que este recebe, recursos, habilidades pessoais, os conhecimentos, as experiências prévias, o significado atribuído ao cuidar, a capacidade de lidar com situações de stress, resiliência, relacionamento interpessoal, a cultura. Trata-se de um processo de interação e não apenas de satisfação das necessidades básicas, como são a higiene e alimentação. Conhecer as necessidades, os sentimentos, as doenças, a personalidade, os gostos e interesses do idoso é fundamental para que o ato de cuidar seja o mais humano possível.

A formação inicial destes cuidadores formais pode ser ministrada em escolas secundárias, em entidades privadas ou IPSS e nos Centros de Formação Profissional do Instituto de Emprego e Formação Profissional, que se inserem nos programas da aprendizagem, Inserção-Emprego, todos cofinanciados pelo Fundo Social Europeu. Caracterizam-se por seguirem um modelo-padrão estabelecido pelo próprio Centro de Emprego e Formação Profissional, com a duração mínima de 500 horas, sendo pautados por um forte cariz prático, que confere aos formandos os níveis 1 ou 2. Os cursos ministrados nas escolas profissionais e nas escolas secundárias caracterizam-se por terem a duração de três anos, conferirem o 12º ano e o nível 3, por terem uma grande variedade de denominações, serem generalistas e apostarem basicamente na componente científica e de animação (Jacob, 2002). Nas IPSS, a formação permite ministrar conhecimentos aos atuais trabalhadores, a maioria com baixos níveis de escolaridade e com pouca formação, e recrutar novos trabalhadores devidamente formados.

No entanto, Jacob (2002), ao analisar seis destes cursos, duvidou do facto de formarem cuidadores formais, uma vez que nenhum dos cursos analisados abordava os conteúdos mais necessários, como são a higiene, a alimentação e cuidados de saúde, tendo referido que a finalidade destes cursos é formar técnicos médios de animação ou de acompanhamento e não técnicos para cuidarem diretamente dos idosos.

Recentemente, a Portaria n.º 1041/2010, publicada em Diário da República, 1.ª série- N.º 195 - 7 de Outubro de 2010, define o curso profissional de técnico auxiliar de saúde. Tem um plano de estudos com um total de 3100 horas, divididas por três componentes de formação: a componente de formação sociocultural, a componente de formação científica e a componente de formação técnica, que ocupa mais de metade da carga horária total do curso. Tem principal enfoque nas áreas de Saúde, Gestão e Organização dos Serviços e Cuidados de Saúde, Comunicação e Relações Interpessoais, Higiene, Segurança e Cuidados Gerais, Formação em Contexto de Trabalho.

A literatura existente direciona-se para os cuidadores informais e julgamos que esse aspeto está relacionado, nomeadamente, com os custos elevados associados à institucionalização, a estereótipos, a situações de desemprego/reforma que permite ao familiar cuidar do idoso, listas de espera.

Apesar de sabermos que nas instituições existe um trabalho de equipa e, por consequência, de partilha de conhecimentos, a verdade é que existem dois grandes grupos de profissionais: os qualificados (que possuem licenciatura, mestrado ou doutoramento) e os semiquualificados (9º ano ou o 12º ano). Estes últimos desenvolvem trabalho direto com os idosos e fazem-no consoante a sua experiência pessoal e profissional ou através da formação que receberam ou estão a receber. Atendendo ao fato de os residentes de hoje terem características diferentes dos residentes do passado e o grau de exigência da qualidade das estruturas sociais ter aumentado consideravelmente, é fundamental que os cuidadores formais estejam preparadas para as novas exigências. Visto que o idoso institucionalizado, por norma, requer um cuidado especializado, é inevitável que ocorram dificuldades no decorrer do exercício da profissão e, por isso, a comunicação organizacional é fundamental para ultrapassar os obstáculos que surgem.

Embora possam ocorrer situações menos agradáveis entre os profissionais do cuidado e os idosos da instituição onde prestam serviço, as mesmas conseguem ser ultrapassadas se houver um trabalho diário e de equipa para que alguns dos comportamentos dos idosos possam ser mais facilmente entendidos.

2. Metodologia empírica da investigação

2.1- Os objetivos de investigação

Segundo Moltó (2002 cit in Coutinho 2011), os objetivos de investigação podem ser de dois tipos: exploratórios (descritivos) ou analíticos (explicativos ou preditivos).

Os exploratórios aproximam-nos de problemáticas pouco conhecidas e implicam identificar e/ou descrever características ignoradas até ao momento, quantificar a frequência de algum fenómeno social e selecionar problemas ou áreas de interesse para a investigação.

Os analíticos estudam a relação entre as variáveis (a variável independente ou causa) e a dependente (ou efeito); a dimensão a relação (???) antecipa-se através de hipóteses que são imprescindíveis nesse tipo de estudos. Permitem contrastar ou verificar hipóteses, confirmar relações entre variáveis, comparar a eficácia de, ao menos, duas intervenções/tratamentos, compreender as causas ou fatores subjacentes e antecipar ou prever fenómenos.

O objetivo geral é estudar a ambientação do idoso ao lar. Os objetivos específicos são, fundamentalmente, analisar a perceção dos idosos sobre os lares e as estratégias promovidas pelos cuidadores formais tendo em vista facilitar a sua integração.

2.2- Caracterização da instituição e do meio

A Irmandade de Nossa Senhora da Misericórdia foi criada nos inícios do séc. XVI, na Capela de S. Brás, nos claustros da Colegiada de Nossa Senhora da Oliveira.

No início, a Misericórdia era administrada por 13 elementos, sendo o provedor escolhido entre as pessoas mais distintas: descendentes dos duques de Bragança, fidalgos da Casa de Sua Majestade, Cavaleiros do Hábito de Cristo e de Santiago, Priores da Colegiada, Arciprestes, Cónegos, etc. Os outros 12 elementos – os “Irmãos da Governança” – eram divididos em irmãos de “1ª Condição”, escolhidos entre a nobreza, e de “2ª Condição”, escolhidos entre o povo. A estes últimos eram cometidas funções que se relacionavam com os mesteres que exerciam.

A 31 de Maio de 1588, é lançada a primeira pedra para a edificação da Igreja, Casa do Despacho e Hospital, situados na antiga Rua da Sapateira, atual Rua da Rainha, para onde a Irmandade se mudou em 1606. Com um apoio régio constante, a Misericórdia de Guimarães vai requisitando e expropriando casas nessa rua para ampliação do Hospital, ao mesmo tempo que recebia apoios monetários da Câmara e autorizações para pedir esmolas para apoio aos pobres, doentes, presos e desamparados.

Quando a peste atingiu a cidade ou as invasões francesas espalharam guerra pelo país, o Hospital da Misericórdia assumiu um papel vital no tratamento e acolhimento dos doentes.

A exiguidade das instalações e as novas exigências de salubridade forçaram a Misericórdia a encontrar um novo espaço para o funcionamento do seu Hospital. Em 1842, adquiriu o Convento de Santo António dos Capuchos. Na Casa do Despacho passaram a funcionar os serviços administrativos da Irmandade.

Ao longo dos anos, com o apoio dos beneméritos e irmãos, a Misericórdia de Guimarães foi assumindo na cidade uma importante posição de suporte social, com especial incidência nas questões de saúde pública. A centralização do serviço hospitalar foi um grande passo, sendo que o Hospital de Santo António dos Capuchos se tornou Hospital Distrital.

Nas últimas quatro décadas, os serviços prestados pela Misericórdia tomaram outra direção, mais virada para a assistência social de apoio a idosos e a pessoas com deficiência, tanto pelo trabalho que desenvolve na assistência domiciliária, como pela abertura e remodelação de lares, a saber: Lar Rainha D. Leonor, Centro de

Solidariedade Humana Professor Emídio Guerreiro, Lar de S. Paio, Lar Residencial Alecrim, Recolhimento das Trinas e Casa de Repouso de Donim.

O Centro de Solidariedade Humana Professor Emídio Guerreiro, local onde foi realizado a investigação, inaugurado em 1996, foi construído com apoio da Câmara Municipal e do Estado, e de um valioso donativo do Professor Emídio Guerreiro. Localiza-se nos terrenos anexos ao antigo hospital de Santo António dos Capuchos e possui amplos quartos com casa de banho privativa e espaços exteriores arborizados. Tem capacidade para 36 utentes, acolhidos em 16 quartos individuais e 10 quartos duplos.

O plano de atividades semanal é constituído por uma diversidade de ocupações que variam entre ginástica, estimulação cognitiva, musicoterapia, trabalhos manuais, oração do terço, fisioterapia, atividades no exterior, entre outras.

A equipa fixa é constituída por oito Trabalhadores Gerais, duas Ajudantes de Cozinha, duas Ajudante de Lar e uma Técnica Superior de Serviço Social que desempenha também funções de Diretora Técnica. Conta também com serviços de Fisioterapia, Cabeleireiro, Psicologia entre outras. Alguns destes serviços são partilhados com os restantes lares da Santa Casa de Misericórdia de Guimarães.

Em relação ao horário das refeições, o pequeno-almoço é servido às 9h, o almoço às 12h15, o lanche às 16h, o jantar às 19h15 e a ceia às 21h30. As visitas aos utentes podem ser realizadas nos seguintes horários: manhã: 9h30-12h15; tarde: 13h30-19h e noite: 20h30-22h30.

Encontra-se inserido em Guimarães, uma cidade do distrito de Braga, região norte e sub-região do Ave (uma das sub-regiões mais industrializadas do país), com as seguintes características: área de 240,955 Km²; área verde: 2,6 Km²; população residente: 158.124, homens: 76.767; mulheres: 81.357; densidade populacional (hab/km²): 656; taxa de variação (2001/2011): -0,9; índice de envelhecimento: 87,3%; população ativa: 81.191 Em relação aos sectores de atividade (população empregada) verifica-se a seguinte distribuição: Primário: 0,84%; Secundário: 51,18%; Terciário: 47,98%. A taxa de desemprego é de 14,26%, correspondendo a 11.576 pessoas desempregadas. Dispõe dos seguintes equipamentos: 93 escolas; 264 instalações desportivas; 46 parques infantis. O município é limitado a norte pelo município de Póvoa de Lanhoso, a leste por Fafe, a sul por Felgueiras, Vizela e Santo Tirso, a oeste por Vila Nova de Famalicão e a noroeste por Braga. (<http://www.scmguimaraes.com>; <http://www.cm-guimaraes.pt/>. Acedidos em 8 de Janeiro de 2014).

2.3-Instrumentos de recolha de dados

2.3.1- Entrevista

Tendo em conta que pretendemos estudar a ambientação do idoso ao lar, pareceu-nos acertado optar por numa investigação qualitativa, que permite ao investigador analisar as estratégias de adaptação desenvolvidas pelos cuidadores formais tendo em vista uma melhor integração do mesmo ao lar. Para Wiersma (1995:12 cit in Coutinho 2011:26), a investigação qualitativa define-se como a que “descreve os fenómenos por palavras em vez de números ou medidas”.

A nível concetual, o objeto de estudo na investigação qualitativa são as intenções e situações e pretende-se descobrir significados nas ações individuais e nas interações sociais. A nível metodológico, a investigação qualitativa baseia-se no método indutivo, porque, segundo Pacheco (1993:28 cit in in Coutinho 2011:26) “o investigador pretende desvendar a intenção, o propósito da ação, estudando-a na sua própria posição significativa, isto é o significado tem um valor enquanto inserido nesse contexto”, adotando a postura de quem “tenta compreender a situação sem impor expectativas prévias do fenómeno estudado” Mertens (1997:160 cit in Coutinho 2011:26).

A inter-relação do investigador com a realidade que estuda permite que a construção da teoria se desenvolva de forma indutiva e sistemática a partir do terreno, à medida que os dados surgem. (Creswell, 1994 cit in Coutinho 2011)

A teoria surge depois dos factos e a partir da análise dos dados, fundamentando-se na observação dos sujeitos, na sua interpretação e significados próprios e não nas conceções prévias do investigador. (Miles& Huberman,1994 cit in Coutinho 2011)

A riqueza da diversidade individual é um dos pilares da investigação qualitativa (Pacheco, 1993 cit in Coutinho 2011) e o objetivo é particularizar, estudar os dados a partir de uma situação concreta, procurando fatores universais concretos. (Shaw (1999 cit in Coutinho 2011).

A técnica de recolha de dados foi efetuada através da entrevista semiestruturada e da observação participante. Segundo Carmo e Ferreira (2008), a interação direta é a questão chave na técnica de entrevista. Quando um investigador começa uma entrevista partilha pouca informação com o entrevistado e sabe pouco sobre ele. Em termos gerais, o objetivo desta é abrir a área livre de dois interlocutores em termos do assunto da entrevista.

Na opinião de Carmo e Ferreira (2008), para atingir este objetivo é necessário criar reciprocidade que pode ser alcançada através de três passos importantes: a apresentação do investigador, apresentação do problema de pesquisa e a explicação do papel pedido ao entrevistado. Com esta apresentação, este entende qual o seu papel na entrevista e a sua importância para a investigação. Quando existe este entendimento, o entrevistado mostra-se receptivo a colaborar, uma vez que se pretende que haja uma partilha voluntária de informação.

Na perspectiva de Carmo e Ferreira (2008), poderão existir três obstáculos na condução da entrevista: a influência do entrevistador sobre o entrevistado, as diferenças que entre eles existem e a sobreposição dos canais de informação. Relativamente ao primeiro obstáculo, o facto de o entrevistador possuir um estatuto superior em relação ao entrevistado pode condicionar a entrevista, inibindo este último de colaborar abertamente na investigação e levando a que o entrevistado responda o que acha que o entrevistador quer ouvir. Este último deve ser muito cauteloso na forma como coloca as perguntas.

Relativamente ao segundo obstáculo, as diferenças culturais podem dificultar a entrevista. O entrevistador deve ter em consideração a cultura, a idade e o nível de instrução, entre outros aspetos, do entrevistado.

Por fim, no último obstáculo, a questão pode ser colocada com vários tipos de entoação que demonstram a expectativa do entrevistador em relação à resposta. É necessário ter em consideração a postura, a mímica e os lapsos involuntários. Segundo Carmo e Ferreira (2008), existem vários motivos pelos quais o investigador deve recorrer à entrevista. Um deles verifica-se quando tem perguntas relevantes e não encontra as respostas na documentação disponível. O outro motivo prende-se com as situações em que o entrevistador pretende ganhar tempo e economizar energias, recorrendo então a pessoas que podem fazer a diferença na sua investigação.

Existe uma diversidade de entrevistas e a escolha deve recair naquela que melhor se adequa aos objetivos que o entrevistado se propõe atingir. A título de exemplo, Madelaine Grawitz (1993:572 cit in Carmo e Ferreira, 2008:146) diz-nos que as entrevistas podem ser classificadas de acordo com um máximo e um mínimo de liberdade concedida ao entrevistado e o grau de profundidade obtida. Esta autora define três grupos de entrevistas: entrevistas predominantemente informais (entrevista clínica e entrevista em profundidade), entrevistas mistas (entrevista livre e entrevista centrada) e

entrevistas predominantemente formais (entrevista com perguntas abertas e entrevistas com perguntas fechadas).

Com o objetivo de caracterizar os seis tipos de entrevistas (clínica, em profundidade, livre, centrada, com perguntas abertas e com perguntas fechadas) Madelaine Grawitz (1993:572 cit in Carmo e Ferreira, 2008:147), pretende diferenciá-las tendo em conta as seis variáveis: o número de perguntas, a sua ordem, a sua forma, a sua focagem dominante, o grau de interação entre o entrevistador e o entrevistado e a facilidade de análise das respostas.

Relativamente à entrevista, enquanto técnica qualitativa de recolha de dados, para as Ciências Sociais é necessário referir alguns aspetos de natureza prática que, segundo Carmo e Ferreira, 2008:149), devem ser tidos em consideração antes, durante e depois da entrevista. Relativamente ao primeiro ponto, antes da entrevista, é necessário definir o objetivo, construir o guião de entrevista, escolher os entrevistados, preparar as pessoas a serem entrevistadas, marcar a data, hora e local e preparar os entrevistadores.

Em relação ao segundo ponto, durante a entrevista, é importante explicar quem somos e o que queremos, obter e manter a confiança, saber escutar, dar tempo para aquecer a relação, manter o controlo com diplomacia, utilizar perguntas de aquecimento e focagem, enquadrar as perguntas melindrosas e evitar as perguntas indutoras.

Em relação ao último ponto, depois da entrevista, é importante registar as observações sobre os comportamentos do entrevistado e registar as observações sobre o ambiente em que decorre a entrevista.

Para complementar a visão acima descrita, apresentamos a perspetiva de Coutinho (2011:291) acerca da entrevista. Na opinião da autora, o grau de estruturação da entrevista depende dos objetivos do estudo. Considera que existem três tipos de entrevista: não estruturada (permite conhecer a prestativa dos entrevistados), semiestruturada (quando se pretende obter dados comparáveis de diferentes participantes) e a entrevista estruturada (que não se costuma utilizar em estudos qualitativos).

Segundo Coutinho (2011), a entrevista existe para obter informação que não foi possível pela observação, podendo ser conduzidas em grupo (para conhecer a história pessoal dos participantes, com 10-12 pessoas durante 2 horas) ou individualmente (relacionada com elementos informativos entendidos como chave para o objeto em estudo). Os entrevistadores têm três opções para recolher os dados, tomar notas durante

ou depois da entrevista ou gravá-la numa cassete áudio ou vídeo, sendo esta última a opção mais apropriada.

Segundo Seidman (1991 cit in Coutinho 2011:292) existem algumas regras a reter: ouvir mais do que falar, evitar perguntas fechadas, não interromper, perguntar coisas concretas, tolerar o silêncio, não julgar, não discutir ou debater respostas obtidas. É importante evitar que a perspectiva do entrevistador influencie o que vê e escuta e que o entrevistado seja influenciado pela presença do entrevistado.

2.3.2- Observação

Para Carmo e Ferreira (2008:108), ver não é só olhar e escutar não é só ouvir. A capacidade de observar encontra-se frequentemente inibida porque requer “um treino da atenção de forma a poder aprofundar a capacidade de selecionar informação pertinente através dos órgãos sensoriais”.

Para a mesma autora, saber observar implica confrontar indícios com a experiência anterior para os poder interpretar e este processo implica três operações: saber identificar indícios (que requer um treino continuado da atenção), possuir uma experiência anterior adequada (preparação teórica e empírica) e ter a capacidade para comparar o que o observa com o que constitui a sua experiência anterior e a partir daí poder tirar conclusões pertinentes, o que obriga a uma formação metodológica sólida.

Para que a intervenção seja eficaz é necessário entender a realidade social e interpretá-la tendo como suporte a observação. É fundamental que o investigador tenha a capacidade de se distanciar do objeto de observação e capacidade para interpretar um comportamento à luz da diversidade cultural. Carmo e Ferreira (2008)

Quando estamos a planear a estratégia de observação devemos ter em consideração alguns aspetos, nomeadamente, o objeto de observação, os instrumentos que vamos utilizar para registar, que técnica de observação escolhemos, que papel assumimos (quando a observação é participante), que dificuldades podemos enfrentar e que questões deontológicas poderemos ter que gerir. Carmo e Ferreira (2008)

Quando estamos no terreno, devemos ter em consideração que a utilização de indicadores como instrumentos de filtragem de informação podem ser um importante auxílio, permitindo uma orientação mais segura no terreno. Carmo e Ferreira (2008)

“Um indicador designa um instrumento que revela condições ou aspetos da realidade, que de outra maneira não seriam perceptíveis à vista desarmada”. Trata-se de um instrumento revelador que faz emergir informação. Carmo e Ferreira (2008:113)

A construção de indicadores sociais faz-se a partir de dados já disponíveis e utilizá-los em bruto, construir índices a partir da sua combinação e através da pesquisa direta para responder a certas questões. Carmo e Ferreira (2008:113)

O guião de observação é um instrumento importante, bem como o bloco de notas, as gravações em áudio ou em vídeo e o diário de pesquisa. Contudo, o guião não deve ser excessivamente abundante.

O registo deve ser feito no mesmo dia, por ordem cronológica e numa formatação que permita separar os factos observados dos juízos de valor, interpretações e hipóteses que tenham ocorrido. Carmo e Ferreira (2008:113)

Para Carmo e Ferreira (2008) existem três tipos de observação: a não participante, a participante despercebida pelos observadores e a observação propriamente dita. A primeira reduz a interferência do observador no observado, permite o uso de instrumentos de registo sem influenciar o grupo alvo e possibilita um grande controlo das variáveis a observar. A segunda, caracteriza-se por um papel ténue do investigador e por passar despercebido à população observada. A terceira permite entender o estilo de vida de uma população e adquirir conhecimento integrado da sua cultura, apesar de este processo ser moroso.

2.4- Instrumentos de análise de dados

Segundo Coutinho (2011), a análise de conteúdo é um método muito utilizado para a análise de texto, e é utilizado em dados qualitativos e na investigação histórica em estudos bibliométricos ou outros em que os dados tomam a forma de texto escrito.

“Avalia de forma sistemática um corpo de texto (ou material audiovisual), por forma a desvendar e quantificar a ocorrência de palavras, frases, tema considerados chave que possibilitem uma comparação posterior”. Coutinho (2011:193).

A ideia principal é que as unidades de análise se organizem em categorias conceptuais e essas categorias podem representar aspetos de uma teoria que se pretende testar. Coutinho (2011)

Existem dois tipos de análise de conteúdo: aqueles que fazem intervir categorias pré-definidas anteriormente à análise propriamente dita e aqueles que não as fazem intervir, tendo por isso um carácter puramente exploratório. No primeiro caso, a análise tem por base um quadro teórico e no segundo os resultados são devidos à metodologia de análise, estando isentos de qualquer referência a um quadro teórico. Coutinho (2011)

Para Bardin (1997 cit in Coutinho (2011)), a análise de conteúdo de tipo exploratório realiza-se em três fases: pré-análise, exploração do material e o tratamento dos resultados.

Em relação à pré-análise, trata-se de organizar o material, de escolher os documentos a serem analisados, formular hipóteses ou questões norteadoras e elaborar indicadores que fundamentem a interpretação final. Devem ser respeitadas as seguintes verbas: exaustividade, representatividade, homogeneidade, exclusividade e pertinência.

A exploração do material é a etapa mais longa e cansativa e é o momento da codificação em que os dados são organizados e agregados em unidades que permitem uma descrição das características pertinentes do conteúdo. A codificação compreende a escolha de unidades de registo e a seleção das regras de contagem.

A categorização deve possuir as seguintes qualidades: exclusão mútua, homogeneidade, pertinência, objetividade, fidelidade e produtividade. O tratamento dos resultados envolve comparar enunciados e ações entre si para ver se existe um conceito que os unifique. É importante rever a teoria porque são o suporte para o estudo. Segundo Bardin (1997 cit in Coutinho (2011)), a interpretação dos dados só será possível conjugando os dados obtidos com a fundamentação teórica. As interpretações servem

para entender em profundidade determinadas afirmações e o que significam os discursos.

Para Guerra (2006: 62), trata-se de “ uma técnica e não um método, utilizando o procedimento normal da investigação- a saber, o confronto entre um quadro de referência do investigador e o material empírico recolhido. (...) Tem uma dimensão descritiva que visa dar conta do que nos foi narrado e uma dimensão interpretativa que decorre das interrogações do analista face a um objeto de estudo, com recurso a um sistema de conceitos teórico-analíticos cuja articulação permite formular as regras de inferência”.

2.5- Amostra

Segundo Coutinho (2011:85), podemos definir amostragem como o “processo de seleção do número de sujeitos que participam num estudo. Sujeito é o individuo de quem se recolhem dados (participantes na investigação qualitativa). População é o conjunto de pessoas ou elementos a quem se pretende generalizar os resultados e que partilham uma característica comum. População acessível ou disponível é a parte da população da qual se seleccionará a amostra. Amostra é o conjunto de sujeitos (pessoas, documentos, etc.) de quem se recolherá os dados e deve ter as mesmas características das da população de onde foi extraída”.

Para a mesma autora, uma amostra está bem definida quando o investigador descreve o procedimento de amostragem que utilizou para seleccionar a amostra e as características da amostra seleccionada.

Existem dois tipos de amostra: a aleatória (aleatória, estratificada e clusters) e a não aleatória (criterial, conveniência, quotas, acidental e bola de neve).

Os participantes do estudo são alguns dos idosos e a diretora técnica. Dos 35 utentes que residem no lar foram escolhidos dez para a investigação. Uma vez que é impossível entrevistar o universo dos utentes do lar, quer por limitações inerentes à investigação, quer pelo facto de uma parte significativa dos idosos não apresentar condições mentais que lhes permita perceber o que está a ser questionado, foi necessário seleccionar uma amostra desse universo, não obstante ter tentado contactar e conhecer todos ou quase todos os idosos institucionalizados.

No caso dos idosos, os critérios de seleção estiveram, então, relacionados com a capacidade mental em conseguir compreender o que estava a ser questionado e conseguir estabelecer uma conversa por um período prolongado. A técnica de amostragem é a não probabilística criterial, pois o investigador selecciona segmentos da população para a sua investigação segundo um critério pré-definido; é a mais apropriada para investigações qualitativas e baseia-se em critérios pragmáticos e teóricos. Coutinho (2011)

3. Análise e interpretação dos dados recolhidos

3.1-Meio rural versus meio urbano

Tendo em consideração que a maioria dos idosos entrevistados viveu em meio urbano, pareceu-nos pertinente analisar a investigação desenvolvida por Fonseca, Paúl et al., (2005) relacionada com a satisfação e a qualidade de vida dos idosos portugueses.

Segundo Fonseca, Paúl et al., (2005:79), “uma outra dimensão a adaptação ao processo de envelhecimento prende-se com o efeito do meio ambiente (rural/urbano) na experiência de envelhecer”. O meio rural caracteriza-se, segundo os autores, por ser envelhecido e pouco povoado. Os idosos permanecem entregues a si, aos cônjuges ou estão institucionalizados.

No meio urbano, para os mesmos autores, os idosos aparentam serem frágeis, vivem no anonimato, em casas antigas, nem sempre usufruem dos serviços de saúde e sociais próprios de um Estado Providência, estão pouco habituados a usufruir de bens e serviços gratuitos e alguns deles encontram-se institucionalizados ou utilizam serviços, como o Centro de Dia, e pouco acostumados à sua longevidade.

O estudo desenvolvido Fonseca, Paúl et al., (2005), centrou a sua investigação em quatro categorias: relações sociais, capacidades instrumentais, satisfação de vida dos idosos e qualidade de vida.

No respeitante às relações sociais, os investigadores realçam a importância da família nas redes de suporte social em Portugal e a extensão da rede de amigos na população idosa. Os idosos rurais têm uma rede mais alargada de familiares e amigos e uma rede mais curta de confidentes; aparentam ter uma intimidade mais restrita que na cidade e este facto pode ser consequência a nível do bem-estar psicológico.

Em relação às capacidades instrumentais, os investigadores concluíram que os idosos que vivem em meio rural são mais autónomos, provavelmente porque se dedicam à criação de animais e à agricultura.

Em relação à satisfação de vida dos idosos, os resultados dizem-nos que estes sentem alguma solidão/insatisfação, têm atitudes negativas face ao envelhecimento e são agitados/ansiosos; as mulheres sentem mais solidão, insatisfação e agitação; os casados são os mais satisfeitos com a vida. O sentimento de solidão é tanto maior quanto menor for o nível de formação. Os idosos urbanos revelam uma atitude mais

negativa face ao envelhecimento e quanto menor é o rendimento e a instrução maior é o sentimento de solidão. A autoavaliação de saúde surge associada à satisfação de vida e esta pode prever-se através da rede de suporte social.

A percepção da saúde e o género são preditores da solidão e da agitação; o rendimento associa-se à solidão e às atitudes face ao envelhecimento. A idade, a educação, o estado civil e o nível de autonomia não surgem associados a nenhum domínio da satisfação de vida. Em relação à qualidade e satisfação de vida não parecem existir grandes diferenças relacionadas com a condição rural/urbana.

Podemos concluir que existem alguns aspetos universais ligados ao processo de envelhecimento. Contudo, existem diferenças no que se refere à rede social de suporte e ao nível de autonomia, mas não se verificam diferenças significativas na qualidade e satisfação de vida. Estes resultados vêm reforçar os dados obtidos por Fernández-Ballesteros et al (2003), segundo os quais, na comparação entre idosos rurais e urbanos resultam poucas diferenças.

3.2- Institucionalização: motivos que levaram ao ingresso no lar

Segundo Sousa, Figueiredo e Cerqueira (2006), o processo de institucionalização, caracterizado pela saída de casa, pode ser longo ou curto e implica três etapas: decidir a institucionalização, escolher um lar e adaptação/integração no lar. Para os idosos, permanecer na sua própria casa significa independência, integridade pessoal, segurança, intimidade, privacidade e identidade.

A entrada num lar implica um conjunto de alterações na vida do indivíduo, as quais, por motivos diversos, o conduzem a abandonar a sua residência, bem como os hábitos de vida tão enraizados ao longo de décadas de existência.

Para Sousa, Figueiredo e Cerqueira (2006), a morte do cônjuge, quedas, doenças e a localização são os fatores que podem explicar o recurso à institucionalização permanente. Pimentel (2005) fala em dependência física, solidão, isolamento, problemas económicos, problemas habitacionais, ausência de redes de suporte, conflitos familiares, perda de autonomia, divergência de interesses, como fatores explicativos que levam os idosos e as suas famílias a optar por esta resposta social.

Segundo Pimentel (2005), o desejo de manter a privacidade e a autonomia são os fatores que levam os idosos a permanecer em sua casa e só em último recurso optam por deixá-la. A possibilidade de usufruir de um espaço individualizado pode ajudar positivamente a adaptação à nova residência. A convivência forçada e a partilha do mesmo espaço podem influenciar negativamente a adaptação a esta nova realidade. A partir da investigação realizada, apontamos como fatores as relações familiares conflituosas, solidão, problemas económicos, ausência de redes de suporte e problemas de saúde.

“Quando deixei a minha casa fui para a minha filha e depois da minha filha estive também um ano quase dois no meu filho e depois começou-me a chatear e começou-se a meter-se na cabeça de ir para um lar e fui eu que tratei de tudo, fui à Misericórdia”

“Não queria ir para casa de ninguém e não tinha meios para ter uma pessoa comigo e eu sozinha também não estava bem. Nem tinha meios para ter uma pessoa

comigo nem tinha meios para pagar uma renda de casa, alimentar-me e medicamentos, que tomo muita medicação e não dava com uma reforma de 300 euros”.

“ Ir para a da França estava fora de questão porque não gosto, estou lá mas não sei falar, não saio cá fora, só com eles. Com esta, tem um feitio um bocado áspero”.

“Foi estar sozinha, a solidão em casa”.

“Os filhos não queriam que eu ficasse em casa só.”

“Porque vivia muito sozinha. A família estava muito ocupada. Vivia só com uma empregada mas a empregada não dormia à noite. Estava todos os dias mas à noite ia para casa porque tinha marido e filho e tinha que se ir embora”.

“Problemas de saúde”

“O falecimento da minha esposa, eu para comer tinha que sair para fora de casa, restaurantes e etc. e passar o tempo, a noite sozinho e tal”.

“Os meus filhos não podiam agora olhar por mim em condições. Os quatro que estão na França não podem fazer mais do que o que fizeram. Não têm possibilidades. Havia uma que queria que eu fosse para lá mas tem filhos, netos e ia ser um escravo. Tinha que fazer o que ela mandasse. Na casa dos outros tenho que obedecer, como aqui. Para lá também não me apetecia ir.”

“Tenho uma doença que me apareceu aos vinte anos, aos 43 anos apareceu definitivamente e levou-me para a baixa e tive que me reformar”.

Ao longo da investigação desenvolvida no lar, foi visível a saudade e a vontade manifestada pelos idosos de permanecerem nas suas casas, porque, tal como Sousa, Figueiredo e Cerqueira (2006) referem, a residência transmite sentimentos como independência, integridade pessoal, segurança, intimidade, privacidade e identidade, ambiente de rotinas, conhecimentos, cuja rutura implica readaptação.

“Sentia-me melhor em minha casa mas como tive que pensar nas velhices, sinto-me muito bem aqui, adaptei-me muito bem aqui, tenho aqui muita gente minha amiga e sinto-me muito bem”

“Olhe, senti-me bem, mesmo bem. Não estranhei nada, ainda hoje não estranho mas quem me dera estar na minha casinha. Se eu tivesse alguém lá na minha casa, os meus filhos comigo porque a casa é muito grande mas eles já tinham a casa deles”.

“Tenho saudades da minha casa”.

“A habituação custa”

“Se estivesse numa minha casa era diferente, estava sozinha, fazia o que queria, e assim tenho que me cingir a regras da casa mas sinto-me muito feliz na mesma, graças a Deus”

3.3-Institucionalização: perspectivas de ingressar num lar quando era mais nova/o

Em relação à participação do idoso na tomada de decisão, Reed et al (2003 cit in Sousa 2006), mencionam quatro tipos: preferencial, estratégica, relutante e passiva.

A preferencial consiste em o próprio exercer o direito de decisão e ocorre perante alterações nas circunstâncias de vida, tais como morte de cônjuge, solidão, insegurança e dependência.

A estratégica exprime um planeamento do idoso ao longo da sua vida no sentido de optar por esta resposta social. Como exemplo disso temos a inscrição com antecedência num lar, tornar-se sócio de uma instituição e visitar lares. Geralmente, esta atitude ocorre em solteiras, viúvas com ou sem filhos ou, se os têm, vivem longe e sem condições para os apoiar.

A relutante acontece quando o idoso resistiu ou discordou da decisão de ir para um lar. A imposição dos familiares acontece por dois motivos: falta de condições para cuidar do idoso ou ausência do desejo de assumir essa função.

A passiva caracteriza-se pela aceitação de decisão tomada por outros sem questionar (demência ou resignação).

Segundo Sousa, Figueiredo e Cerqueira (2006), a decisão deve ser tomada com clareza e explicar que o objetivo não é permanecer em casa mas sim garantir a sua qualidade de vida. Para Pimentel (2005), por vezes, os idosos adotam atitudes de conformismo e resignação levando a um isolamento voluntário. A opção pelo internamento passa por prevenção de situações de maior dependência e limitação das respostas informais.

Apesar de os idosos entrevistados saberem que os filhos não podem cuidar deles por motivos profissionais e familiares e que não podem estar sozinhos, a grande maioria tinha esperança de permanecer em sua casa e pretendia ingressar num lar o mais tardiamente possível e a saúde associada à dependência seria um fator explicativo.

A maioria dos entrevistados consegue manter um nível de autonomia bastante satisfatório, como por exemplo, andar sozinha/o ou com a ajuda de bengala/andarrilho e comer sozinho/a e alguns deles até fazem a sua própria cama.

No caso concreto da investigação realizada, a maioria dos utentes referiu que quando eram mais novos nunca imaginou que um dia pudesse ir para um lar. Duas utentes adotaram a atitude estratégica: uma visitou vários lares na tentativa de encontrar aquele que gostaria de frequentar e outra utente pensou em tornar-se sócia do lar.

“Não, mesmo depois de deixar a minha casa nunca pensei vir para um lar”.

“Não, começou-me a passar pela cabeça quando o marido da minha senhora faleceu. Ele faleceu novo, mas ele já era mais velho do que ela, ela ficou viúva com 33 anos. E eu aí comecei a pensar, os filhos começaram a casar, a ter filhos, e ia tudo cair ali à mãe, nas festas tudo lá ia comer, pronto estavam ali assim, eram muito amigos uns dos outros e eu senti-me sempre bem naquilo que fazia. (...) Fui ver alguns e não gostava.”

“Não. Foi a situação. São coisas familiares. (...) Disse a essa minha irmã para nos metermos as duas, disse a essa minha filha que ia dar os sessenta contos, tinha eu 60 anos, era sessenta contos de entrada naquela altura, e vou-me meter sócia no lar, mas tinha que esperar dez anos”.

“Sim. Mas já tinha os meus filhos. Dizia ao meu marido, um dia quando for para uma idade. Nunca contava vir assim tão cedo, contava vir aí para os oitenta e ele dizia tu podes ir mas eu não vou”.

“Eu não, nunca pensei que ia durar tanto tempo”.

“Nunca imaginei.”

“Nunca pensei”.

“Nunca me passou pela cabeça a não ser quando a minha esposa faltou e eu estar em casa sozinho não podia”.

“Não”.

“Sempre pensei vir acabar a um lar. Mesmo que eu tivesse casado, eu podia ter problemas com a minha esposa e como sou deficiente tinha sempre uma desvantagem. Não tinha quem me fizesse de comer, não tinha possibilidades”.

3.4-Saúde e envelhecimento

Segundo Fonseca (2006.125), “a problemática da saúde (física e mental) nos idosos, real e percebida, é um aspeto fundamental quando se efetua uma análise sobre as condições psicológicas do envelhecimento. A referência a problemas de saúde é uma constante, surgindo claramente no topo das preocupações dos idosos”.

Aparentemente, o estado de ânimo, a competência e o nível de atividade dos idosos variam quer com o estado de saúde real dos indivíduos, quer com a avaliação que os indivíduos dela fazem, não hesitando Whitbourne (1987) em afirmar que a saúde física exerce um impacto poderoso no bem-estar psicológico dos indivíduos idosos.

Para Fonseca (2006), a maioria das representações sociais acerca da velhice resulta da avaliação dos idosos, de profissionais de saúde e da sociedade em geral. A distinção entre envelhecimento normal ou primário e envelhecimento patológico ou secundário resultou da importância da variável saúde/ doença no envelhecimento.

Para o mesmo autor, devemos ter em consideração que a saúde não é por si só condição de felicidade, a sua ausência provoca sofrimento e quebra no bem-estar através de interações diretas ou indiretas com outros fatores de qualidade de vida. A doença obriga os indivíduos a desenvolverem estratégias de *coping* para a sua recuperação, provocas problemas económicos (os gastos com a saúde são geralmente elevados e a maioria dos idosos têm reformas baixas), perda de autonomia, medo da morte e alteração nas relações sociais e atividades.

Durante a observação foi visível a importância da saúde no bem-estar dos idosos. Quando perguntava: Como está? Está tudo bem? A resposta dependia sempre do seu estado de saúde. Quando questionados sobre o que gostaria que acontecesse no futuro a maioria deles fez referência à morte: ter uma morte santa e não dar trabalho a ninguém.

“Que senhor me desse uma morte santa, é o que eu peço com esta idade, não estar a sofrer e a fazer sofrer os outros, é o que eu peço ao senhor”

“Tinha doze anos, a minha avó faleceu e eu fui para os Arcos de Valdevez, tinha lá uma minha tia que era freira e eu fui para lá trabalhar, estive lá ano e meio e depois passei uma albumina e uma fraqueza pulmonar e eu vim-me embora”. (...)A este meu

sobrinho fui ver porque mo levaram, mas à minha irmã as minhas pernas não aguentam andar muito e eu paro muito. Se tivesse muita muita saúde podia vir para um lar mas não vinha tão depressa, mas eu não podia andar com dores meus joelhos e sozinha não dava nada. E aqui sinto-me muito feliz”.

“Era que Deus me sarasse da minha doença. É o que eu peço nas minhas orações. Deus já me tem feito muito, a gente pede mas ainda pede mais, era sarar mas continuar sempre aqui, já não quero ir para a minha casa. O meu futuro era esse”.

“Sou muito sensível. Se vou para aquela sala, as pessoas a tossir e a espirrar. Foi assim que já estive um pouco mal da garganta, sou muito sensível e mais fui vacinada a tempo.”

“Saúde”

“Só pensei em lares quando comecei a ser operada à coluna, foram logo duas vezes, não tinha filhos comecei a pensar na minha vida e aí tive que pensar ir para um lar.”

“Nunca tive acidente apenas tive um problema no pé e ficou sempre aleijado desse dedo no pé.”

“Tenho uma doença que me apareceu aos vinte anos”

3.5- Institucionalização: representação social acerca dos lares

A maioria dos utentes não tinha uma opinião formada sobre os lares, porque, provavelmente, não tinha intenção de ingressar nesta resposta social. Para Sousa, Figueiredo e Cerqueira (2006), a institucionalização de idosos implica a rotulação de alguns estereótipos (doentes, pacientes, crianças, abandonados pela família, incapazes de cuidar de si e assumir responsabilidades).

Estes mitos estão ligados ao desconhecimento do processo de envelhecimento e, assim, um perfil de cuidador deveria incluir, além de características pessoais, experiência ou motivação específica, conhecimentos sobre a área funcional e representações sobre a velhice e os idosos que não pactuem com estes estereótipos influenciadores negativamente de uma prestação de cuidados para uma vida com qualidade no idoso.

Cuidar de um idoso não é apenas tratar da higiene e da alimentação, mas é também incentivar a sua independência, autonomia, estimular a criatividade, interesse pessoal, desenvolver competências pessoais, promover a auto estima, entre outras. É fundamental evitar atitudes de infantilização e vitimização.

“Antigamente ninguém falava num lar, os meus pais nenhum foi para um lar. Ainda botei a mão lá a uma vizinha coitadinha que a filha ia trabalhar depois de eu estar reformada e aí coitadinha ficava sozinha em casa, tinha dois filhos, um rapaz e uma rapariga, já um homem e uma mulher e por isso ninguém falava em lares. A gente não pode dizer era assim ou era assado.”

“Nunca tive uma opinião”

“Nunca tive opinião”

“Eu tinha boa opinião.”

“A imagem está pior”

“Tinha uma opinião péssima”

“Só pensei em lares quando comecei a ser operada à coluna”

“Nunca tive opinião formada sobre lares porque nunca fiz intenção de vir.”

“Era uma opinião muito difícil, era uma ideia horrível”

“Não tinha opinião sobre os lares.”

3.6-Institucionalização: mudanças que ocorreram com a entrada no lar

Para Pimentel (2005), apesar de a institucionalização ser entendido como um momento angustiante, porque ocorre uma separação com a sociedade envolvente, os idosos sabem que esta resposta social significa estabilidade, apoio, segurança e proteção. Refletindo sobre as respostas dadas pelos idosos, as mudanças não foram muitas, mas existe um sentimento de segurança que provavelmente não sentiam em casa

“Sinto-me segura, protegida aqui, venho de fora tenho sempre as funcionárias a abrir a porta (...).”

“Sinto-me mais protegida”

“Sinto-me mais protegida, tenho quem me deite os olhos, na minha casa não”

“Estou melhor aqui, estou acompanhada. Toco à companhia, podem demorar mas aparecem”.

“Prisão. Sinto-me presa”.

“Sentia-me melhor em minha casa mas como tive que pensar nas velhices, sinto-me muito bem aqui, adaptei-me muito bem aqui, tenho aqui muita gente minha amiga e sinto-me muito bem.”

“Estar num lar é um bocado triste porque as pessoas querem isto, aquilo “

“Nada”

“Não vi assim muitas”

3.7-Institucionalização: quotidiano no lar

Segundo Sousa, Figueiredo e Cerqueira (2006), um bom lar é aquele q4.e tem atividades de animação, possibilita saídas passeios, acesso fácil às atividades de lazer da comunidade), fornece boa alimentação, tem pessoal simpático e competente, não está sempre a mudar quem lá trabalha, permite ter quarto individual, facilita que a boa companhia, oferece conforto físico, disponibiliza serviços de apoio (fisioterapia, enfermagem, educação física), é seguro e não é demasiado grande.

Considerando o direito a opções na escolha de residências, Paúl (1997) refere que, para a maioria dos idosos portugueses, o fator escolha de um novo local para residir foi extremamente limitado, devido à escassez generalizada de equipamentos e aos seus baixos recursos económicos, tornando-se esta forma de institucionalização num misto de “voluntária e compulsiva”. É importante adaptar o lar à problemática do idoso para impedir que ocorra uma ameaça à sua integridade, podendo regredir o seu estado de saúde, deteriorando-se de uma forma rápida.

Tendo em vista uma breve caraterização da instituição onde foi desenvolvida a investigação, devem ser referidos alguns aspetos importantes.

O plano de atividades semanal é composto por ginástica, fisioterapia, oração do terço, atividades no exterior promovidas pela Camara Municipal de Guimarães, pelo lar ou pela Santa Casa de Misericórdia de Guimarães, musicoterapia, psicologia, entre outras.

É interessante verificar que, quando questionados sobre o quotidiano no lar, os utentes não referem atividades, como a ginástica, que desempenha um papel importante na saúde física e mental. Possivelmente porque a encaram como uma obrigação e não como lazer.

As atividades de animação acontecem, geralmente, sempre na mesma sala e são dinamizadas por três animadores que entre si organizam o plano de atividades. Contudo, os que não gostam da ginástica ou se a mesma não se adapta às suas limitações não têm possibilidade de escolha, limitando-se a ficar no quarto ou a permanecer na sala, interrompendo e distraindo os outros residentes.

O lar é composto por hall de entrada, receção, gabinete de médico/enfermeira, sala de visitas/reuniões, gabinete da diretora técnica, sala de estar, quartos privados e coletivos (com casa de banho), refeitório, lavandaria, duas casa de banho, uma para

visitas e outra para utentes, cozinha, jardim, parque de estacionamento, sala de beleza/fisioterapia, capela e sala de atividades.

Os lugares nas cadeiras são sempre os mesmos e funcionam como o espaço mais individualizado dentro daquele território coletivo. Para o marcar como um espaço pessoal, as utentes penduram as suas malas ou sacos nas cadeiras, pousam os seus casacos, colocam a bengala ou o andarilho junto à cadeira. É visível que não gostam de ver outros sentados nos seus lugares. Quando tal acontece, consideram que houve uma invasão do seu espaço de conforto e identidade pessoal. No lar, não existem muitos sítios que podem ser considerados de maior pertença individual, embora disponha de quartos individuais.

É importante referir que o lar situa-se muito próximo do centro da cidade e com grande acessibilidade a locais variados, desde comércio, museus, igrejas, monumentos, biblioteca municipal, pastelarias, teatro, cinema, entre outros. Existem transportes públicos que permitem o acesso a esses locais e, nalguns casos, o percurso pode ser feito a pé. A título de exemplo, podemos referir que um utente tem por hábito sair de manhã e regressar ao final da manhã, percorrendo várias ruas da cidade a pé; outra utente costuma ir até aos Paços dos Duques de Bragança de manhã para caminhar um pouco; outro utente costuma ir até ao café próximo do lar. A maioria fica pelo lar a participar nas atividades de interesse pessoal que o mesmo proporciona, no convívio com visitas ou em passeios com amigos ou familiares.

O lar é bastante discreto e apenas uma placa com a sua designação o identifica. A zona envolvente é tranquila, sem obstáculos no caminho; existem passeios e o piso é regular

A maioria dos utentes recebe pensões muito baixas, sobrando apenas escassos euros após pagamento da prestação mensal no lar. Assim, saídas com amigos/as e compra de bens pessoais são difíceis, o que contribui para aumentar o sentimento de frustração e resignação.

A inclusão num meio repleto de estímulos não pressupõe, como foi possível verificar, que os utentes participem mais na comunidade, desfrutando plenamente dos recursos económicos, culturais, relacionais, que esse meio tem ao dispor.

Fonseca (2006) fala-nos no envelhecimento normal (que não implica a ocorrência de doença) e no envelhecimento patológico (existe doença e esta é a causa da morte). Parece-nos que a inclusão de um psiquiatra na equipa técnica seria benéfico para

implementar atividades direcionadas para a estimulação cognitiva e adaptadas à problemática do idoso.

“Estamos ali na sala como vê, outras vezes, vamos para o quarto, como ontem fui e ainda deitei-me ali um bocadito e quando temos passatempos participamos, quando não há estamos ali a conversar, uma conversa aqui.”

“Tenho dias em que saio de manhã, venho a esta hora, sento-me um bocadinho a descansar, ou a ver televisão, ou a dormir, venho para a sala até às 17h20, depois vou rezar o terço às 17h30 com os utentes que queiram ir e pronto assim passo o tempo, depois torno a sentar-me na sala, um dia atrás do outro.”

“Todos os anos vou a casa da mais velha a França no Natal e em Agosto vou ao Algarve.”

“É como vê. Ali sentada, outras vezes vou dar umas voltas por causa das pernas, outras vezes vou com a Doutora aqui ou ali e é assim que passo o dia.”

“Estou muito metida no quarto, o tempo possível. Sou muito sensível. Se vou para aquela sala, as pessoas a tossir e a espirrar. Foi assim que já estive um pouco mal da garganta, sou muito sensível e mais fui vacinada a tempo”.

“O que é que faço? Vem uma menina que me chama, vem outra para fazer fisioterapia, vem outra para fazer ginástica”.

“Há bocadinhos bons, há bocadinhos maus, bocadinhos tristes, bocadinhos muito alegres”.

“Aqui no lar, algum tempo, vou às cerimónias religiosas e vou até ao café.”

“É o que você vê, não há nada a fazer, é cama e deitar. O que se há-de fazer?”

“Sou um bocado cristão, vou à missa, entro nas atividades, principalmente musica, ao princípio fazia muitas atividades, mas por causa do colesterol tive que fazer mais exercício, fiz a vida mais lá fora, por causa de andar.”

3.8-Institucionalização: satisfação com a vinda para o lar

A maioria dos utentes está satisfeito com a vinda para o lar. Para Pimentel (2005), a institucionalização está associada a sentimentos de segurança, estabilidade e proteção.

“Sim ”

“Muito satisfeita”

“Estou satisfeita”

“Sim ”

“Sim ”

“Sim ”

“Até um certo ponto”.

“Fui obrigado”

“Sim pelas circunstâncias em que se deu.”

“Sim ”

3.9-Institucionalização: estratégias desenvolvidas pelos cuidadores formais e preparação da chegada de um novo utente

A Segurança Social criou um Manual de Processos Chave e um dos capítulos refere-se à admissão e acolhimento. O objetivo é estabelecer linhas orientadoras para os cuidadores formais poderem implementar de forma a facilitar a integração do idoso na Estrutura Residencial.

“É fundamental que a estrutura residencial se constitua como um contexto humanizado, personalizado e que tenha em conta as efetivas necessidades específicas de cada situação, tendo sempre como horizonte que os clientes são o centro de toda a atuação e que o meio familiar e social de um indivíduo é parte integrante das suas vivências, devendo continuar a ser particularmente considerado no apoio às pessoas com mais idade, de acordo com os seus desejos e interesses. Assim o exige a perspetiva do respeito e promoção dos seus direitos humanos”. (www. <http://www4.seg-social.pt/> Acedido em 22 de Fevereiro de 2015)

Assim sendo, o responsável pela integração do idoso na Estrutura Residencial efetua o planeamento da fase de acolhimento do cliente, devendo para o efeito:

- marcar a data de ingresso do cliente;
- efetuar a recolha e o tratamento de toda a informação relativa ao cliente, obtida durante a fase de candidatura, bem como a avaliação das necessidades e expectativas iniciais do cliente (inclusive informação da entrevista de avaliação diagnóstica);
- efetuar uma reunião com a equipa técnica para análise das especificidades do cliente, para detetar se no primeiro dia de integração este necessitará de algum acompanhamento especial, ou se o espaço destinado à sua habitação necessita de alguma alteração/adaptação (por exemplo, ajudas técnicas);
- efetuar uma reunião conjunta com a equipa técnica e ajudantes de ação direta, para passagem de informação relevante face às especificidades do cliente, nomeadamente aos colaboradores que lidarão mais direta e frequentemente com o cliente;
- efetuar uma reunião com os restantes residentes da Estrutura Residencial, preparando-os para a entrada de um novo residente e planeando com estes, caso seja aplicável, a melhor maneira de o acolher, de modo a que este se sinta o mais

rapidamente possível envolvido na comunidade residencial (por exemplo, organizar um “comité de acolhimento” composto por clientes);

- efetuar reuniões ou articulações com outras áreas, colaboradores, significativos do cliente, voluntários, entre outros, que se considere pertinente, para o sucesso do acolhimento.

Ao idoso deve ser transmitida, com a devida cautela e de modo positivo, a mensagem de que a vivência numa estrutura residencial é sempre diferente da que se experiencia na própria casa. Deverá ser referido que sentirá com certeza algumas diferenças e eventuais dificuldades, assegurando-lhe ao mesmo tempo que a equipa técnica estará sempre disponível para analisar e facilitar a sua adaptação e promover o seu bem-estar, procedendo-se aos ajustes e mudanças tidas como necessárias, quer por parte do idoso, quer por parte da Estrutura Residencial.

O Programa de Acolhimento é implementado durante o período de adaptação acordado com o idosos e/ou significativos, devendo, como referência, não ser inferior a seis meses. O processo de integração do idoso é decisivo para o êxito da prestação do serviço. Neste período, deve dar-se especial atenção às questões relacionais (internas e externas), com vista a estabelecer/manter laços de relação e proximidade, facilitadores deste processo.

No primeiro dia da prestação dos serviços deve estar presente o(a) Diretor(a) Técnico(a) da Estrutura Residencial que, com o colaborador responsável pelo cliente, deverá desenvolver as seguintes atividades:

- apresentar a equipa responsável pela Estrutura Residencial, nomeadamente os ajudantes de ação direta que articularão com o cliente;
- apresentar o espaço que o cliente habitará e facilitar a instalação por parte deste. Se o cliente se fizer acompanhar por um significativo, deverá ser-lhe facultada a possibilidade de este apoiar o cliente na referida instalação;
- apresentar o cliente aos restantes utentes que integram a Estrutura Residencial;
- apresentar, caso aplicável, as restantes áreas organizacionais existentes;
- gerir, adequar e monitorizar os primeiros serviços prestados;
- avaliar as reações do cliente;
- prestar esclarecimentos em caso de necessidade;
- caso existam, realizar o inventário dos bens do cliente acordados na contratualização;

- evidenciar a importância da participação dos significativos do cliente nas atividades a desenvolver;

- recordar, sempre que necessário, as regras de funcionamento da Estrutura Residencial, assim como os direitos e deveres de ambas as partes e as responsabilidades de todos os elementos intervenientes na prestação do serviço;

- divulgar os mecanismos de participação na Organização, nomeadamente o sistema de apresentação de sugestões e reclamações;

- registar a informação recolhida nos impressos do sistema de gestão.

Ainda durante este período, os colaboradores responsáveis pelo acolhimento do cliente podem desenvolver, observar ou aprofundar alguns aspetos da avaliação diagnóstica, completando ou alterando sempre que necessário o conteúdo da Ficha de Avaliação Diagnóstica.

Se durante este período o cliente não se adaptar, deve ser realizada uma avaliação do Programa de Acolhimento, identificando os indicadores que se encontram a influenciar a sua não adaptação/integração e procurar superá-los, estabelecendo, se oportuno, alterações. Seja por inadaptação, seja porque se alteraram as condições iniciais (por exemplo, possibilidade de ser novamente integrado no contexto familiar), o cliente poderá proceder à rescisão do contrato a qualquer momento.

Após o período de acolhimento, é efetuada uma avaliação por parte da Estrutura Residencial, conjuntamente com o idoso e/ou significativos, sobre o processo de integração e adaptação. Nessa altura, poderão ser prestadas informações adicionais ao idoso e/ou significativos sobre a forma como decorreu a integração e os próximos passos a empreender na Organização. Estas informações passam a constar do seu Processo Individual.

Um aspeto igualmente importante de referir prende-se com o pouco envolvimento das famílias na vida dos idosos e no complexo residencial, o que dificulta a integração do idoso na Estrutura Residencial.

“O utente faz a candidatura lá em baixo. A colega que está na admissão sabe que há uma vaga porque comunicamos por email o falecimento de alguém. Vemos que tipo de utente é, caso seja para partilhar o quarto. A colega comunica, faz uma pequena descrição e depois envia-me o processo. Eu analiso, vejo e marcamos o dia e hora no meu gabinete. O utente e a família vão até ao meu gabinete. O utente diz o que

quer dizer, a família diz o que quer dizer, relembrar o que foi dito pela colega que fez a admissão. É na admissão que é entregue o regulamento, o contrato, mas depois chegam aqui e esquecem-se e as coisas mais importantes eu quero frisar. Vemos a parte da documentação, medicação, a equipa que temos ao dispor, apresento o aposento, apresento a colega de quarto, apresento as instalações e depois tentamos inserir o utente na rotina. Apresentamos o pessoal à equipa, faz-se o quebra-gelo em que o utente dá-se a conhecer, depois vemos a escolha da mesa das refeições, vemos a alimentação, medicação, fazemos o acolhimento clínico, médico, da psicóloga, estipula-se a limpeza dos quartos, dos banhos, caso precise de banhos assistidos.”

“Eu registo tudo no livro de ocorrências. Tudo de importante que os cuidadores precisam de saber sobre o idoso eu registo. E são eles que me vão dando informações, estando na primeira linha, ouvem os desabafos, vamo-nos conhecendo mutuamente, não existem estratégias muito bem definidas, existem comunicações e informações que fazemos. A comunicação é fundamental. Damos um período de adaptação ao utente, de dois meses e ao fim, fazemos uma avaliação com o utente e com a família para vermos se as expectativas do utente e do idoso vão de encontro ao que pretendiam e o que podemos ajustar. Isso é muito importante essa avaliação que fazemos”.

3.10-Institucionalização: dificuldades sentidas pela diretora técnica e estratégias para ultrapassar

Para Pimentel (2005), existem alguns fatores internos e externos que podem facilitar ou não a integração do idoso no lar. Nos fatores externos, podemos fazer referência ao tipo de normas que regulam o funcionamento da instituição e o grau de abertura desta ao exterior. “Segundo Goffman (1968 cit in Pimentel 2005: 179), todas as instituições criam um universo específico, que tende a envolver todos os que dela fazem parte. Existem, no entanto, algumas que têm uma tendência incomparável para criar barreiras a eventuais trocas com o exterior. A este tipo, o autor chama de “instituições totais”. Nos fatores internos, a autora refere as relações conflituosas entre os utentes e entre estes e os funcionários.

Através da entrevista realizada à diretora técnica, podemos concluir que a gestão de pessoal (motivação para o trabalho, rotatividade, resistência à formação), os poucos recursos, as relações conflituosas entre utentes e entre estes e os funcionários, os ingressos contrariados, são os principais fatores que podem dificultar a adaptação do idoso ao lar. Definir estratégias facilitadores de ambientação ao lar por parte dos cuidadores formais é um desafio diário que obriga a intervir individualmente e a constantes ajustamentos.

Consoante as características dos idosos e a receptividade que sentirem da parte da instituição, a sua integração será mais ou menos facilitada. Trata-se, pois, de um processo individual e distinto. A vivência quotidiana dos idosos no lar pode ser decisiva para a sua adaptação positiva e para o envelhecimento bem ou mal sucedido.

Para que a identidade do idoso seja respeitada e preservada parece-nos importante preparar o processo de internamento adaptando-o às suas características individuais (gostos, interesses, personalidade, hábitos, entre outros). Entendemos que esta fase marca de forma decisiva a passagem para uma outra etapa de vida que traz, associada a si, grandes modificação e até perdas inerentes à vida dos sujeitos. Tal situação, de acordo com o que nos sugere Delgado (2001), implica um alto nível de ansiedade e até de depressão, que deve ser tomado em conta. A este propósito, a autora avança com vários fatores que podem influenciar, positiva ou negativamente, a adaptação ao lar, tais como o grau de preparação para a entrada, a voluntariedade do

ingresso, o grau de mudança ambiental, estado de saúde e grau de dependência do idoso, o tipo de residência em que ingressa (“caseira” ou desumanizada), a organização, funcionamento e serviços do lar (Delgado, 2001:325).

Tal como nos sugere Barenys (1990), a vida na instituição ajusta-se a uma série de normas, que se encontram escritas nos regulamento ou procedem dos próprios costumes que se vão instaurando, as quais se vão impondo e ajustando às realidades da vida coletiva, tendo como objetivo criar condutas disciplinadas.

De entre essas normas, a autora destaca três tipos: normas muito gerais, que dizem respeito à convivência quotidiana; normas que se relacionam com os horários, os quais pretendem facilitar o controlo das pessoas e, por fim, normas de segurança, com o alegado objetivo de zelar pela segurança e integridade física dos idosos, embora reflitam o propósito inequívoco de os controlar.

Refere-nos, ainda, que o incumprimento das normas pode originar dificuldades de convivência do idoso com o pessoal, sendo portanto desejável gerar um tipo de pessoa submissa e não conflituosa. Como tão bem resume, “um idoso que oferece resistência a uma regulamentação que os define como pessoas incapazes ou diminuídas demonstra uma vitalidade imprópria do protótipo que constroem as residências” (1990:159).

Cabe-nos, então, questionar se o lar contribui para a promoção de um envelhecimento bem-sucedido por via da manutenção de laços sociais significativos e da participação dos indivíduos em redes de relacionamento positivas. Este objetivo pressupõe, desde logo, perceber se há pessoal em número suficiente para responder às diferentes finalidades da instituição e às variadas necessidades dos idosos e se estes profissionais têm formação adequada.

Quando falamos em necessidades, importa esclarecer que não nos referimos apenas ao cuidado físico e de alimentação, mas sobretudo às necessidades de carácter mais subjetivo, relacionadas com o sentir-se amado, o pertencer a grupos familiares, de amigos, partilhando com estes uma história de vida e, a partir dela, sentir-se reconhecido, estimado, realizado (Choques e Choques, 2000).

No que diz respeito à vivência quotidiana no lar, podemos indagar até que ponto as atividades que são concebidas e realizadas colocam no centro de interesse as necessidades dos idosos em matéria de construção e reconstrução de laços sociais e capacidade de participação efetiva e prazerosa na vida coletiva ou se pelo contrário, contribuem para a mera reprodução de rotinas instituídas. Aqui se inclui igualmente a

família, a valorização destes laços enquanto elementos determinantes da identidade dos indivíduos, ou a convivência resignada e passiva em torno do desmoronamento desses vínculos, do afastamento progressivo de filhos, netos e outros familiares, que, até então, formavam a rede de relacionamento do indivíduo, partilharam da sua existência, deram sentido à sua história pessoal de vida.

“Gestão de pessoal, poucos recursos e utentes que vêm contrariados.”

“Imaginação, acompanhamento mais permanente ao utente quando ele deixa, envolvemos os técnicos, envolvemos a família e vamos de encontro às preferências deles.”

Nota final

Pretende-se, a partir das informações recolhidas, desenvolver uma reflexão crítica em torno dos resultados obtidos, tendo por referência os objetivos do estudo: analisar a perceção dos idosos sobre os lares e as estratégias promovidas pelos cuidadores formais para facilitar a sua integração.

Assim, iniciámos a investigação pelo enquadramento teórico que nos permitiu compreender e enquadrar a problemática em estudo, abordando essencialmente aspetos gerais sobre a problemática do envelhecimento, com especial incidência nas questões relacionadas com a institucionalização das pessoas idosas.

Foi fundamental destacar a relevância estatística do fenómeno do envelhecimento, assim como refletir em torno das principais mudanças sociais, familiares, políticas e económicas que surgiram na sociedade, no sentido de refletirmos os condicionalismos e fenómenos que contribuíram para que o envelhecimento se comesçasse a configurar como um problema social. O Estado entendeu que deveria haver uma deslocação da velhice do âmbito familiar e comunitário para o âmbito da esfera pública. Tal fenómeno potenciou o surgimento de bens, serviços e de equipamentos especificamente destinados aos idosos. De entre estes, destaca-se o surgimento de lares de idosos.

Por outro lado, foi importante configurar o envelhecimento tentando entendê-lo como um fenómeno social total que se encontra relacionado quer com a evolução da sociedade, quer com as experiências únicas que estão associadas ao percurso de vida de cada indivíduo.

É fundamental que as estruturas residenciais geriátricas sejam orientadas para a promoção de um envelhecimento autónomo, ativo e plenamente integrado, junto de cuidadores formais. É pertinente recolher o máximo de informação possível, ter ao dispor uma equipa multidisciplinar interna e externa, trabalhar em equipa, promover formação interna e externa, articular com as famílias e serviços da comunidade, respeitar a identidade, a personalidade, os gostos, interesses, expetativas, capacidades e hábitos de cada utente.

É importante também desenvolver atividades adaptadas às necessidades de cada idoso e permitir o contato com o exterior, quer através de visitas de familiares, quer de atividades de lazer. Entendemos que este será o caminho a percorrer para que adaptação ocorra da melhor forma possível. A criação de um ambiente estimulante deve fazer

parte do quotidiano de um lar de idosos, que tem como objetivo promover um envelhecimento saudável e feliz aos seus residentes. É crucial que seja respeitado o tempo e o espaço dos idosos, que os mesmos sejam vistos não apenas como observadores, mas também como agentes da sua própria vida.

Os lares de idosos devem ser vistos como um local onde existe um conjunto de pessoas diversificadas, com diferentes hábitos, interesses e necessidades, os quais devem ser respeitados e, acima de tudo, potenciados, quando a instituição tem condições para o fazer.

Promover e respeitar a identidade, a individualidade, os hábitos, os interesses e a personalidade é fundamental para que a mudança de contexto comunitário para residencial ocorra de forma natural, respeitando o espaço do idoso.

Refletindo sobre a investigação realizada podemos concluir que, a maioria dos idosos não perspectivava o ingresso no lar quando era mais novo/a; a entrada no lar deve-se a fatores diversos, nomeadamente, relações familiares conflituosas, solidão, problemas de saúde, problemas económicos e ausência de redes de suporte. Apesar de estarem satisfeitos com a sua ida para o lar, porque a estrutura residencial significa segurança e proteção, a maioria dos idosos não sentiu grandes mudanças na sua vida depois que ingressou na unidade geriátrica. Em relação à representação social acerca do lar, a maioria não tinha uma opinião formada, provavelmente porque não perspectivava a ida para esta resposta social.

O confronto com a incapacidade mental é outro dos aspetos que merecem ser referidos. Estas parecem-nos variáveis capazes de interferir na auto-estima e na forma de adaptação ao quotidiano. Alguns utentes perturbam a realização das atividades, as refeições, o descanso, o convívio entre familiares/utentes motivados pela sua perturbação mental. A instituição poderia realizar atividades adaptadas às suas necessidades recorrendo a atividades de estimulação cognitiva na instituição com profissionais qualificados ou em parceria com outros recursos da comunidade.

O lar onde decorreu a investigação apresenta um conjunto de características que merecem ser referidas e algumas delas foram mencionadas pelos idosos. Trata-se de um lar de um único piso, com poucos residentes, perto do centro da cidade, com transportes públicos acessíveis, situa-se numa zona de fácil acesso a bens e serviços, pertence à Santa Casa de Misericórdia e tem implementado a Certificação da Qualidade tratando-se, portanto, de uma instituição de referência.

Parece-nos que as estratégias desenvolvidas pelos cuidadores formais são as mais adequadas e seguem as linhas orientadoras da Segurança Social. Contudo, deveriam incluir um Psiquiatra na equipa, realizar atividades que promovam a estimulação cognitiva, maior contato com o exterior, diversificação de atividades dentro do mesmo horário para os utentes poderem escolher em função da sua situação/preferências e o horário das refeições deveria ser alargado, com a introdução de um intervalo de tempo para que os utentes possam realizar as suas refeições de acordo com os antigos hábitos e sem serem perturbados por outros utentes.

É importante a criação de espaços privados que preservem a privacidade e a intimidade dos utentes. O ideal seria a existência de quartos privados e quartos duplos para residentes que têm relação de amizade/ familiar e que desejam de livre vontade partilhar o quarto. O horário de refeições deveria ser alargado, com a introdução de um intervalo de tempo para que os utentes possam realizar as suas refeições de acordo com os antigos hábitos.

Ao chegarmos ao fim, consideramos que todo o tempo dedicado à investigação foi útil e enriquecedor a nível pessoal, profissional e académico. Este trabalho constituiu uma oportunidade de reflexão e implementação de novas práticas institucionais e, acima de tudo, contribuiu para o bem-estar e satisfação das necessidades das pessoas idosas institucionalizadas.

O nosso estudo de caso não permitiu fazer generalizações, mas permitiu-nos concluir que, assim, como a aceitação da fase da velhice depende de vários factores como: o estatuto social, o poder económico, profissão que exerceu, as relações interpessoais, também, a integração de um idoso no lar deriva de factores pessoais e situacionais que contribuem ou não para adaptação ao lar.

Esperamos que as conclusões da nossa investigação sejam uma porta aberta para novas investigações. Acreditamos, que o presente estudo seja um benefício e uma consciencialização para os cuidadores e responsáveis pelos lares de idosos para que, quando receberem um idoso o saibam acolher, integrar no lar e no meio envolvente, respeitando e valorizando sempre as suas necessidades, as suas motivações, e a sua autonomia.

A organização do espaço individual de acordo com os desejos, hábitos e costumes do idoso, é um dos indicadores da necessidade de território individual, pois a personalização tem efeitos psicológicos, morais e afetivos.

Os idosos em lares devem ser tratados de forma heterogenia, respeitando a sua história de vida, hábitos, tradições e costumes. Contudo, a falta de recursos (tempo insuficiente, dificuldade de recrutamento de pessoal competente e motivado, falta de articulação entre as equipas multidisciplinares), o excesso de regras, as restrições nos lares são ameaças identificadas à dignidade e ao conflito moral. Todas estas atitudes desrespeitosas resultam em perda de auto-estima, depressão, isolamento, desmotivação e insatisfação com a vida.

Referências bibliográficas

Almeida, António José Pereira dos Santos (2008) *A Pessoa Idosa institucionalizada em Lares. Aspectos e contextos da Qualidade de Vida*. Dissertação de Mestrado. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. Universidade do Porto

Batista, Nélia do Rosário Faria(2012) *Dificuldades do cuidador formal de pessoas idosos dependentes no domicílio*. Dissertação de Mestrado. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

Burgess, Robert G. (2001).*A pesquisa de terreno*, Oeiras: Celta Editora

Cardão, Sandra (2009). *O idoso institucionalizado*, Lisboa: Coisas do ler

Carvalho, P. & Dias, O. (2011). *Adaptação dos Idosos Institucionalizados*. Millenium, 40: 161-184.

Carvalho, Maria Irene (2013), *Serviço Social no envelhecimento*, Lisboa: Pactor

Coutinho, Clara Pereira (2011). *Metodologia de Investigação em Ciências Sociais e Humanas: Teoria e Prática*. Coimbra: Almedina.

Correia, J. Martins (2007). *Introdução à Gerontologia*. Lisboa: Universidade Aberta

Fernandes, Ana Alexandre (1997). *Velhice e Sociedade*. Oeiras: Celta Editora

Ferreira, Maria Eduarda Machado Melo (2012). *Ser cuidador: um estudo sobre a satisfação do cuidador formal de idosos*. Dissertação de Mestrado. Escola Superior de Educação. Instituto Politécnico de Bragança

Fonseca, António Manuel (2014).*Envelhecimento, saúde e doença. Novos desafios para a prestação de cuidados a idosos*. Lisboa: coisas de ler

Fonseca, António Manuel (2004), *O envelhecimento-uma abordagem psicológica*, Lisboa: Universidade Católica Editora

Fontaine, Roger (2000). *Psicologia do Envelhecimento*. Lisboa: Climepsi Editores

Guedes, Joana (2012). *Viver num lar de idosos, Identidade em risco ou identidade riscada*. Lisboa: coisas de ler

Guerra, Isabel Carvalho (2006). *Pesquisa Qualitativa e Análise de Conteúdo. Sentidos e Formas de Uso*. Estoril: Principia

Jacob, Luis; Santos, Eduardo; Pocinho, Ricardo; Fernandes, Hélder (2013) *Envelhecimento e economia social. Perspetivas atuais*. Viseu: Psicosoma

Ketele, Jean Marie & Roegiers, Xavier (1999). *Metodologia de recolha de dados*. Lisboa: Instituto Piaget

Mauritti, Rosário (2004). *Padrões de vida na velhice*. *Análise Social* nº 171 p. 339-363
Lisboa: Imprensa de Ciências Sociais

Marques, Sibila (2011). *Discriminação da Terceira Idade*. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos

Moura, Cláudia. (2012) *Processos e estratégias do envelhecimento*. Porto: Euedito.

Nunes, Luis & Menezes, Odete (2014) *O bem-estar, a qualidade de vida e a saúde dos idosos*. Lisboa: Caminho

Oório, Augustin Requejo & Pinto, Fernando Cabral (2007) *As pessoas idosas*. Lisboa: Instituto Piaget

Paúl, Constança & Fonseca, António Manuel (2005) *Envelhecer em Portugal*, Lisboa: Climepsi Editores

Paúl, Constança. & Ribeiro, Óscar. (2012). *Manual de Gerontologia*. Lisboa: Lidel.

Pereira, Fernando (2012) *Teoria e prática da Gerontologia. Um guia para cuidadores de idosos*.Viseu: Psicosoma

Pimentel, Luísa (2005). *O lugar do idoso na família*. 2ªedição.Coimbra:Quarteto

Ribeiro, Óscar & Paúl, Constança (2011). *Manual de Envelhecimento Activo*. Lisboa: Lidel

Ladislav, Robert (1995), *O envelhecimento. fatos e teorias*. Lisboa: Instituto Piaget
Revista Intervenção Social A acção social e os saberes. Lisboa, ISSSL, Departamento Editorial.

Rosa, Maria João Valente (2012), *O envelhecimento da Sociedade Portuguesa*, Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos

Sequeira, Carlos (2010). *Cuidar de idosos com dependência física e mental*. Lisboa: Lidel

Sousa, Liliana; Figueiredo, Daniela; Cerqueira, Margarida (2004). *Envelhecer em família*. 2.ª Edição. Porto: Ambar

Vaz, Maria Ester (2001).*O quotidiano do idoso: esperança ou desesperanças?* Revista Intervenção Social nº 23/24 Lisboa, ISSSL, Departamento Editorial.

<http://www.scmguimaraes.com/>

<http://www.cm-guimaraes.pt/>

Anexos

Guião de observação

Dimensão	Indicador
Grau de autonomia na decisão de entrada no lar	<ul style="list-style-type: none">● Entra voluntariamente● Entra involuntariamente (forçado)

Dimensão	Indicador
Adaptação ao lar	<ul style="list-style-type: none">● Existe no lar alguém responsável por acompanhar o idoso no processo de adaptação inicial?● Há algum manual com normas definidas de acompanhamento do idoso na fase inicial?● Há possibilidade de decorar o quarto a seu gosto?● O idoso tem liberdade para sair, receber visitas ou receber/fazer telefonemas?● Há interesse em conhecer a personalidade, gostos e interesses do idoso?● São apresentadas todas as divisões do lar?● É apresentado aos outros residentes? Em local, hora e dia definidos?● Os outros idosos são informados da entrada do novo residente e são sensibilizados para o seu ingresso?● Existem locais privados?● É tida em consideração a origem cultural, educacional e económica?● Liberdade para exprimir a sua opinião?● Formação inicial e contínua às ajudantes

	<p>de ação direta e equipa técnica?</p> <ul style="list-style-type: none"> ●É feita avaliação multidisciplinar? ●Existe um período de adaptação? ●É construída a sua história de vida? ● É a primeira vez que vai lá?
--	---

Dimensão	Indicador
Admissão no lar	<ul style="list-style-type: none"> ●Que documentos são exigidos? ●Que critérios de admissão são estabelecidos? ●É explicado o regulamento interno ao idoso e à família? ● É explicado o valor da mensalidade e o que resta e como tem acesso a ele? ● É avaliado se o idoso vem por vontade ou é forçado? ● É feita avaliação multidisciplinar? ● É apresentada a equipa técnica? ● São apresentados os funcionários e os outros residentes? ● É feita reunião, caso a admissão seja encaminhada por outros serviços? ● É questionado o idoso sobre gostos, hábitos, nome pelo qual quer ser tratado, entre outros aspetos? ● É aberto e actualizado o processo individual? ● É realizada visita domiciliária para conhecer o meio onde vivia? ● É feita uma caracterização do agregado familiar do idoso?

	<ul style="list-style-type: none"> • É elaborada uma Ficha de Avaliação Diagnóstica? • É elaborado Relatório do Programa de Acolhimento do idoso? • É elaborado um plano individual? • É elaborada ficha de objectos pessoais?
--	--

Dimensão	Indicador
Tempo de adaptação	<ul style="list-style-type: none"> • Período de adaptação rápido • Adapta-se aos poucos • Não se adapta • Adaptação com avanços e recuos

Dimensão	Indicador
Representação social do idoso acerca do lar	<ul style="list-style-type: none"> • Sem opinião • Representação positiva • Representação negativa

Guião de Entrevista ao idoso

Caraterização do entrevistado

Nome-

Sexo-

Idade-

Naturalidade-

Nível de escolaridade-

Estado Civil-

Número de filhos-

Profissão (antes de se reformar) -

Meio (rural/urbano) –

Ano de ingresso no lar-

Guião de Entrevista

A entrevista inicia-se com a apresentação dos objetivos do estudo, realçando-se a importância da colaboração do(a) entrevistado(a), informando-o(a) do respeito pela confidencialidade e pelo anonimato das respostas.

Tema: Acolhimento institucional: estratégias desenvolvidas pelos cuidadores formais

Objetivo geral: Estudar a ambientação do idoso ao lar.

Objetivo específico: Conhecer o percurso de vida no decorrer da infância e da juventude

1-Como foi a sua infância?

2-Como foi a sua juventude?

Objetivo específico: Conhecer o percurso profissional

3- Porque decidiu ser (profissão)?

4-Gostava de ser (profissão)?

5-Se tivesse oportunidade, gostaria de ter tido outra profissão? Porquê?

Objetivo específico: Caraterizar a representação social acerca do lar

6- Quando era mais novo(a), imaginou que um dia pudesse ir para um lar?

7- O que achava dos lares antes de vir para cá?

Objectivo específico: Conhecer os motivos que levaram ao ingresso no lar

8- O que motivou a sua vinda para o lar?

Objetivo específico: Refletir sobre as mudanças que ocorreram com a entrada no lar?

9-Como se sentiu no dia em que veio pela primeira vez ao lar?

10-Como descreve o seu dia-a-dia?

11- Sente-se satisfeito com a sua vinda para cá?

12-Que mudanças sentiu na sua vida?

Objetivo específico- Refletir sobre as expetativas em relação ao futuro

13-O que gostaria que acontecesse no futuro?

Guião de Entrevista à Directora Técnica do lar

Caraterização da entrevistada

Nome-

Sexo-

Idade-

Naturalidade-

Nível de escolaridade-

Profissão -

Número de anos a desempenhar o cargo de Directora Técnica no lar-

Guião de Entrevista

A entrevista inicia-se com a apresentação dos objetivos do estudo, realçando-se a importância da colaboração do(a) entrevistado(a), informando-o(a) do respeito pela confidencialidade e pelo anonimato das respostas.

Tema: Acolhimento institucional: estratégias desenvolvidas pelos cuidadores formais

Objetivo geral: Estudar a ambientação do idoso ao lar.

Objetivo específico: Conhecer o percurso profissional

1-Porque decidiu ser Assistente Social?

2- Como analisa o seu percurso profissional? (loais de trabalho / evolução do Serviço Social/ relação com colegas, utentes, comunidade ...)

3- Sente-se satisfeita com o percurso profissional? Porque?

Objetivo específico- Refletir sobre o momento em que iniciou funções de Directora Técnica no lar

4- Como surgiu a oportunidade de vir trabalhar para o lar?

5- Como se sentiu nos primeiros tempos?

6- Como se preparou para a função?

Objetivo específico- Refletir sobre o quotidiano no lar

7- Como descreve o seu dia-a dia?

8- Como prepara a chegada de um novo utente?

9- Que estratégias desenvolve junto dos cuidadores formais para facilitar a ambientação do idoso ao lar?

10- Quais são os seus principais desafios enquanto Directora do Lar?

11- Quais as maiores dificuldades que encontra no desempenho das suas funções?

12-Que estratégia utiliza para ultrapassá-las?

13- Gostaria acrescentar alguma informação que ainda não tenha focado?

Caraterização do entrevistado

Nome- C.L.

Sexo- Feminino

Idade- 88

Naturalidade- Costa, Guimarães

Nível de escolaridade- 4ª classe

Estado Civil- Viúva

Número de filhos- 3

Profissão (antes de se reformar) – Encarregada de confecção

Meio (rural/urbano) – urbano

Ano de ingresso no lar- 2010

Guião de Entrevista

A entrevista inicia-se com a apresentação dos objetivos do estudo, realçando-se a importância da colaboração do(a) entrevistado(a), informando-o(a) do respeito pela confidencialidade e pelo anonimato das respostas.

Tema: Acolhimento institucional: estratégias desenvolvidas pelos cuidadores formais

Objetivo geral: Estudar a ambientação do idoso ao lar.

Objetivo específico: Conhecer o percurso de vida no decorrer da infância e da juventude

1-Como foi a sua infância?

Fui à escola. Fiz a 4ª classe. Não cheguei a fazer a quarta classe, quando saí estava na quarta classe. Sabe onde fiz o exame da 4ª classe? Na fábrica a trabalhar. Parávamos às 18h30 e tínhamos uma hora de aulas com a professora que ia até às 19h30 mas eu também andei lá pouco tempo, fiz depressa o exame. Gostava da escola, só que depois os meus pais tiraram-me da escola precisavam de mim e não cheguei a fazer a 4ª classe.

2-Como foi a sua juventude?

A minha juventude foi muito boa.

Objetivo específico: Conhecer o percurso profissional

3- Porque decidiu ir trabalhar na fábrica?

Foram os meus pais que me arranjaram a meter na fábrica, a gente tinha que trabalhar.

4-Gostava de trabalhar na fábrica?

Gostei de trabalhar, mas antes de ir para a fábrica ainda trabalhei noutros..., olhe fiz o que pude. Na fábrica fui e pronto e de lá sai com a reforma.

5-Se tivesse oportunidade, gostaria de ter tido outra profissão? Porquê?

Gostei de trabalhar na fábrica.

Objetivo específico: Caraterizar a representação social acerca do lar

6- Quando era mais novo(a), imaginou que um dia pudesse ir para um lar?

Não, mesmo depois de deixar a minha casa nunca pensei vir para um lar.

7- O que achava dos lares antes de vir para cá?

Antigamente ninguém falava num lar, os meus pais nenhum foi para um lar. Ainda botei a mão lá a uma vizinha coitadinha que a filha ia trabalhar depois de eu estar reformada e aí coitadinha ficava sozinha em casa, tinha dois filhos, um rapaz e uma rapariga, já um homem e uma mulher e por isso ninguém falava em lares. A gente não pode dizer era assim ou era assado.

Objectivo específico: Conhecer os motivos que levaram ao ingresso no lar

8- O que motivou a sua vinda para o lar?

Quando deixei a minha casa fui para a minha filha e depois da minha filha estive também um ano quase dois no meu filho e depois começou-me a chatear e começou-se a meter-se na cabeça de ir para um lar e fui eu que tratei de tudo e fui à Misericórdia.

Objetivo específico: Refletir sobre as mudanças que ocorreram com a entrada no lar?

9-Como se sentiu no dia em que veio pela primeira vez ao lar?

Chorei e ainda chorei mais algumas vezes de noite mas vim da minha livre vontade, ninguém me forçou para vir para um lar. Claro tive dias de me lembrar da minha casa, se eu estivesse na minha casa e assim, às vezes dava-me um bocado de tristeza mas também nunca me arrependi verdadeiramente de ter vindo para aqui.

10-Como descreve o seu dia-a-dia?

Estamos ali na sala como vê, outras vezes, vamos para o quarto, como ontem fui e ainda me deitei ali um bocadito e quando temos passatempos participamos, quando não há estamos ali encostadas a conversar, uma conversa aqui.

11- Sente-se satisfeito com a sua vinda para cá?

Sim.

12-Que mudanças sentiu na sua vida?

O que me fez mais coisa eu vir para aqui foi os meus filhos ter que saber da minha vida, o que eu tinha e o que não tinha, nem o meu falecido marido me pedia contas, ele sabia que eu é que andava com a vida, eu governava bem e depois que vim para aqui os meus filhos tiveram que saber o que eu tinha. E agora continuam a saber.

Sente-se mais segura, mais protegida, sabe que tem aqui pessoas a olhar por si?

Na minha filha também estava bem. Tinha um quatinho só para mim, no meu filho também tinha um quatinho só para mim mas depois começou a meter na cabeça a pensar que elas queriam sair e não queria estar a estorvar e foi o que me fez resolver vir para aqui.

Objetivo específico- Refletir sobre as expetativas em relação ao futuro

13-O que gostaria que acontecesse no futuro?

Que senhor me desse uma morte santa, é o que eu peço com esta idade, não estar a sofrer e a fazer sofrer os outros, é o que eu peço ao senhor.

Caraterização do entrevistado

Nome- C.O.

Sexo- Feminino

Idade- 77 anos

Naturalidade- Joane, Vila Nova de Famalicão

Nível de escolaridade- Nunca frequentou a escola, mas aos 15 anos frequentou um curso à noite onde aprendeu a ler e escrever o nome mas mal

Estado Civil- Solteira

Número de filhos- Sem filhos

Profissão (antes de se reformar) – empregada doméstica

Meio (rural/urbano) – rural

Ano de ingresso no lar- 2011

Guião de Entrevista

A entrevista inicia-se com a apresentação dos objetivos do estudo, realçando-se a importância da colaboração do(a) entrevistado(a), informando-o(a) do respeito pela confidencialidade e pelo anonimato das respostas.

Tema: Acolhimento institucional: estratégias desenvolvidas pelos cuidadores formais

Objetivo geral: Estudar a ambientação do idoso ao lar.

Objetivo específico: Conhecer o percurso de vida no decorrer da infância e da juventude

1-Como foi a sua infância?

Olhe a minha infância foi, eu vivi com a minha avó, os meus pais eram muito pobres, tinham oito filhos e fui eu ser criada pela minha avó e outro meu irmão pelos pais do meu pai e eu pela mãe da minha mãe. Dali pronto andava a ajudar esta pessoa e aquela, quando pediam à minha avó se me deixavam ir no tempo das folhadas ir às folhadas, auxiliar assim as pessoas que precisavam, foi o trabalho que eu fazia. Tinha doze anos, a minha avó faleceu e eu fui para os Arcos de Valdevez, tinha lá uma minha tia que era

freira e eu fui para lá trabalhar, estive lá ano e meio e depois passei uma albumina e uma fraqueza pulmonar e eu vim-me embora. E estive na casa dos meus pais até vir para esta família onde estou e foi assim a minha infância.

2-Como foi a sua juventude?

Tinha dezassete anos quando vim para a senhora e foi criar filhos. Ajudar a criar os filhos dela, os netos e trabalhar em casa. Saia também, às vezes, em passeios, também me autorizavam, mas de resto a minha vida foi assim sempre.

Objetivo específico: Conhecer o percurso profissional

3- Porque decidiu ser empregada doméstica?

Era assim a vida, a pobreza era muita e a gente andávamos assim. Depois aos dezassete anos vim para esta senhora e ali fiquei, eu era nova mas dediquei-me a ela e ela a mim. Tinha filhos pequenos, um filho já nasceu depois de eu estar lá. Depois saía e ia dar passeios mas era depois de eles já estarem criados, aí a senhora deixava-me ir mas foi de trabalho sempre e a ganhar pouco. A gente, às vezes, pelo comer ia ajudar uma pessoa qualquer, que era o meu caso, ia ajudar para comer.

Quando eu vim para esta senhora era para vir uma outra minha irmã mas, ela tinha vindo para aqui para o Colégio Senhora da Conceição também servir e eu fui para a senhora e lá fiquei sempre. Passou um ano, passaram dois, passaram cinquenta e sessenta e eu lá estive. E pronto foi assim. Naquela altura não havia larguezas e aquela senhora era uma boa casa e fiquei ali.

Eu era empregada de sala e das crianças. Depois o patrão faleceu e eu passei para a cozinha, passei a trabalhar na cozinha e estava outra empregada, elas foram crescendo, casaram e por fim fiquei eu só com a senhora.

4-Gostava de ser empregada doméstica?

Sempre gostei de trabalhar para outras pessoas.

5-Se tivesse oportunidade, gostaria de ter tido outra profissão? Porquê?

Senti-me sempre feliz naquilo que fazia.

Objetivo específico: Caraterizar a representação social acerca do lar

6- Quando era mais novo(a), imaginou que um dia pudesse ir para um lar?

Não, começou-me a passar pela cabeça quando o marido da minha senhora faleceu. Ele faleceu novo, mas ele já era mais velho que ela, ela ficou viúva com 33 anos. E eu aí comecei a pensar, os filhos começaram a casar, a ter filhos, e ia tudo cair ali à mãe, nas festas tudo lá ia comer, pronto estavam ali assim, eram muito amigos uns dos outros e eu senti-me sempre bem naquilo que fazia.

7- O que achava dos lares antes de vir para cá?

Nunca tive uma opinião. Depois de eu imaginar na minha vida de solteira e comecei a ver pessoas casadas que também iam para os lares, porque é que eu não haveria de ir? Eu tinha irmãs mas nunca tinha vivido com elas. Desde os dezassete anos que não eramos assim muito presas uns aos outros, tinha a senhora que era com quem eu falava e ela comigo, conversávamos muito e eu comecei a pensar um dia que eu não possa..... A senhora morreu em casa, porque eu estava lá e não precisou de ir e os filhos também moravam perto e ajudavam mas eu não tinha ninguém e comecei a pensar, para casa de ninguém não quero ir, mas chorei muito depois que pensei verdadeiramente, depois que a minha senhora faleceu vai fazer 10 anos no dia 28 de Junho é que eu comecei a pensar verdadeiramente e a pensar eu para ninguém não quero ir, quero ir para um lar, sei que não fico pesada a ninguém, não estou sozinha, nem atranco a ninguém mas chorei muito.

Fui ver alguns e não gostava, fui ver o lar de S. Francisco e não gostei, um lar com muita pedra, muita coisa, muitas escadas, não gostava e nem podia, fui ver outro era a mesma coisa e depois a Rosinha, era muito amiga da Provedora daqui, e quando a minha senhora faleceu ela disse-lhe: Oh Rosa se precisares de alguma coisa estou aqui mas a Rosinha a mim não me tinha dito nada. E depois um dia recebeu um telefonema daqui para eu ir ver.

Eles vieram comigo e eu digo-lhe uma coisa, menina, depois que cheguei ali à porta e vi o lar nunca mais chorei, porque gostei logo, não tinha degraus, era tudo um, a gente nem está sozinha num lado, nem está sozinha no outro, estes quando é primeiro e

segundo piso muitas vezes está-se sozinha. Eu já tinha ido algumas vezes ao de S. Francisco, ver amigas que tinha lá e aquilo fazia-me uma negrura dentro de mim, a ir visitar as pessoas e como elas estavam, o ambiente, pronto não gostava. Assim que vim aqui e vi este não pensei em mais nada, vim para aqui e até hoje ainda não me arrependi. Dou-me com as pessoas todas, gosto mesmo muito da Diretora, gosto mesmo muito dela, não é fingir, acho que ela é uma pessoa muito correta, tem o feitio dela, como nós temos o nosso, mas gosto dela e estou aqui bem. Vou comer fora, nas festas vou a casa deles, à segunda-feira vou a uma, quarta vou a outra, quinta volto para a mesma, ao sábado vou para o meu sobrinho, era muito amiga da mãe dele, mas ela infelizmente faleceu nova com quarenta e poucos anos e é isto a minha vida.

Objectivo específico: Conhecer os motivos que levaram ao ingresso no lar

8- O que motivou a sua vinda para o lar?

Não queria ir para casa de ninguém e não tinha meios para ter uma pessoa comigo e eu sozinha também não estava bem. Nem tinha meios para ter uma pessoa comigo nem tinha meios para pagar uma renda de casa, alimentar-me e medicamentos, que tomo muita medicação e não dava com uma reforma de 300 euros.

Objetivo específico: Refletir sobre as mudanças que ocorreram com a entrada no lar?

9-Como se sentiu no dia em que veio pela primeira vez ao lar?

Muito feliz, feliz mesmo, gostei muito do lar, adaptei-me logo muito bem às pessoas todas, às funcionárias, que são umas jóias de pessoas, embora às vezes mais atrapalhadas do que outras porque a vida às vezes assim o permite mas olha adaptei-me muito bem e nunca mais precisei de chorar.

10-Como descreve o seu dia-a-dia?

Tenho dias em que saio de manha, venho a esta hora, sento-me um bocadinho a descansar, ou a ver televisão, ou a dormir, venho para a sala até às 17h20, depois vou

rezar o terço às 17h30 com os utentes que queiram ir e pronto assim passo o tempo, depois torno a sentar-me na sala, um dia atrás do outro.

11- Sente-se satisfeito com a sua vinda para cá?

Muito satisfeita.

12-Que mudanças sentiu na sua vida?

Se estivesse numa minha casa era diferente, estava sozinha, fazia o que queria, e assim tenho que me cingir a regras da casa mas sinto-me muito feliz na mesma, graças a Deus. Sinto-me segura, protegida, aqui venho de fora, tenho sempre as funcionárias a abrir a porta, conversam comigo, estou no meu quarto sossegada, no meu canto, se me apetecer ligo a televisão e se não me apetecer não ligo.

Objetivo específico- Refletir sobre as expetativas em relação ao futuro

13-O que gostaria que acontecesse no futuro?

Queria ter uma morte santa. Não penso em mais nada. Não penso em heranças porque não tenho heranças de ninguém, tenho desgosto de família, ainda um dia destes morreu um sobrinho queimado numa caldeira de água a ferver, tenho uma minha irmã no hospital com 84 anos que tirou um peito e está mal mas eu não vou ver ninguém. A este meu sobrinho fui ver porque mo levaram, mas à minha irmã as minhas pernas não aguentam andar muito e eu paro muito. Se tivesse muita muita saúde podia vir para um lar mas não vinha tão depressa, mas eu não podia andar com dores meus joelhos e sozinha não dava nada. E aqui sinto-me muito feliz.

Caraterização do entrevistado

Nome- M.F.

Sexo- Feminino

Idade- 86

Naturalidade- Guimarães

Nível de escolaridade- 4ª classe

Estado Civil- Viúva

Número de filhos- 2

Profissão (antes de se reformar) – encarregada de confecção de fiação e de tecidos

Meio (rural/urbano) – urbano

Ano de ingresso no lar-2013

Guião de Entrevista

A entrevista inicia-se com a apresentação dos objetivos do estudo, realçando-se a importância da colaboração do(a) entrevistado(a), informando-o(a) do respeito pela confidencialidade e pelo anonimato das respostas.

Tema: Acolhimento institucional: estratégias desenvolvidas pelos cuidadores formais

Objetivo geral: Estudar a ambientação do idoso ao lar.

Objetivo específico: Conhecer o percurso de vida no decorrer da infância e da juventude

1-Como foi a sua infância?

Canalhita, com muita liberdade, antigamente, não havia assim por causa de levar os miúdos e as miúdas e assim, por causa do desaparecimento, não existia, uma vez ou outra, não existia como agora, depois o povo vivia com tranquilidade. Naquele tempo o governador era o Salazar e ele impunha muitas regras e o povo tinha medo e cumpria, se fossem ladrões ou assassinos, profissionais que andassem sempre a fazer as asneiras mandava-os para Caxias e depois lá tinha uma porta que caía para o mar. Quando foi o 25 de Abril, o povo à espera dos familiares eles já tinham dado de comer aos peixes.

Naquele tempo era liberdade. Não tínhamos medo. A minha mãe era assim: fechas-te a porta da rua? Eu era assim fechei e ela de manha estava aberta!

2-Como foi a sua juventude?

Trabalho sempre. Desde criança muito trabalho sempre. Saí da escola aos 10 anos, fiz a 4ª classe, nem a cheguei a fazer, sai antes para aí uns 3 ou 4 meses, porque fazíamos o exame da terceira, esse já contava para trabalhar, o da quarta é como ter a universidade, uma comparação. Fiz o exame da terceira mas não fiz o da quarta. Mas depois fui para a fábrica e obrigaram-nos a fazer o de adultos, o exame da quarta e quem não tinha o da terceira teve que o fazer e quem não sabia nada teve que aprender a fazer o nome pelo menos. O Salazar impôs essa condição. Ele para governar até era melhor do que estes agora. Mata-se, rouba-se, até mete medo a vida! Estão sempre a ver se tiram. A ver onde podem buscar para governar melhor para eles do que para o povo. O Salazar morreu pobre. Eu ouvi uma criada dele a dizer que ele não tinha um tostão, trabalhava para o país, era solteirão, era um homem desinteressada de fortuna, era tudo para o país. A criada disse ele morreu pobre. Ele tem muito dinheiro no governo, deixou muitas barras de ouro. Desde o 25 de Abril, que fez 40 anos, a entrar de quatro em quatros já roubaram tudo, o país está na miséria, já fomos pedir dinheiro à troika, a troika foi embora, a dívida ficou, têm de a pagar. Em criança até gostava daquele ambiente, da liberdade, também se a gente faltasse à escola já ia um papelzinho para casa, tinham que ir lá os pais e eu nunca gostei da escola, nem queira saber! Naquela altura o que eu queria era brincar. Foram para aí 20 miúdas daquela rua. Para ir para a escola era um pandemónio, odiava a escola. Hoje tenho pena, o meu marido esteve quase dezanove anos na França e obrigou-me e dizia não te mando dinheiro se não fores tu a escrever, escreve conforme sabes, nem que deias erros eu leio tudo. Só tinha a 4ª classe, mas gostava, foi aperfeiçoando com os jornais e coisas que ele lia, nunca esqueceu de escrever, tinha uma letra tão bonita, e eu como não fazia uso deixei esquecer, só quando casei, e ele foi para a França é que comecei a ir praticando e hoje vou escrevendo qualquer coisa com erros mas até leio melhor do que o que escrevo. Tornei ao para trás.

Objetivo específico: Conhecer o percurso profissional

3- Porque decidiu trabalhar numa fábrica?

Eu é que gostei. Naquele tempo fazíamos a quarta classe e empregavam nas fábricas logo que tivéssemos o exame da quarta, não digo logo aos 10, 11 anos mas com 13, 14 anos já empregavam. Andávamos a brincar um anito ou dois e depois toca a trabalhar. Eu saí da escola para ir ajudar uma minha irmã que era cravadeira, a mais velha, porque precisavam de mim, para ajudá-la a cravar os sapatos e eu fui para ajudá-la mas eu não gostava. Ela era cravadeira, outra minha irmã com 75 anos e ainda é viva também foi cravadeira, porque o meu pai era modelador, era o melhor modelador daqui de Guimarães, ele cortava os sapatos, cravava-os e fazia-os prontos a meter nos pés. Era um homem inteligente.

4-Gostava de trabalhar numa fábrica?

Sim e trabalhei lá quarenta anos. Mas nunca quis ser cravadeira. Sabe o que eu fiz? Nem ele me deu autorização, eu dizia que queria ir para a fábrica, porque entrasse e ganhava-se logo dinheiro e cravadeira tinha-se que aprender e depois a ajudar a minha irmã nunca mais ganhava um tostão. O meu pai dizia que tinha que ir para cravadeira como as irmãs e eu dizia que não gostava, até dizia que não via e venci. Uma ocasião uma miúda onde nós gastávamos o pão, eu ia todos os dias ao pão, viu-me com um pouco de liberdade, ia para lá conversar com ela e com a criada, elas gostavam de mim, em todo o lado nunca ninguém se queixou de mim, os meus pais não me deixaram dinheiro mas deixaram-me educação, para a gente ser respeitada também tem de respeitar os outros e perguntou-me se não andava a aprender a cravar com a minha irmã e eu disse que não gostava e que o meu pai me queria obrigar e perguntou-me o que queria e eu disse que queria ir para a fábrica porque ganha-se logo dinheiro e eu tão cedo não vou ganhar um tostão, eu já tinha 14, 15 aos. E o pai dava-se muito bem com o gerente da fábrica e em três dias entrei para a fábrica. O gerente mandou-me aparecer às 7h na fábrica do cavaleiro, fechou, chegou a ter mil e tal pessoas, quando eu fui tinha pouca gente, nem quinhentas, era fiação, fiava-se o fio e fazia-se o fio então eu dei 100 guardanapos a cada uma das minhas filhas, uma arca de felpo, o patrão vendia mais barato a obra com defeito ao kilo e eu ia comprando e ainda hoje não os gastaram.

5-Se tivesse oportunidade, gostaria de ter tido outra profissão? Porquê?

Gostava daquilo que fazia.

Objetivo específico: Caraterizar a representação social acerca do lar

6- Quando era mais novo(a), imaginou que um dia pudesse ir para um lar?

Não. Foi a situação. São coisas familiares. Tenho uma filha em França e eu ia muitas vezes com o meu marido para a de Vila do Conde. A de França é uma jóia, tem um feitio como eu, está tudo bem, mas a de Vila de Conde é severa, é autoritária e mandona, tem esses três feitios, era como o meu marido, eu é que tinha o feitio bom e deu para viver com ele 50 anos até Deus o levar, ele também tinha assim um feitio e ela saí a ele e a de França sai com o feitio a mim, está tudo bem. A dali se fosse casada com o meu genro de França casavam-se e separavam-se amanhã. O meu genro de França também é severo e autoritário e a minha filha diz que vá à missa que está a tocar na entrada. O feitio dela dá, quando são os dois maus alagam-se e quando são só dois bons também a vida não anda. Uma ocasião soltou uma palavra que me fez abrir a orelha, fez uma casa com três andares, com 500m de terreno e jardim, está bem, está em casa, não trabalha, tem duas meninas, uma a estudar em Bragança, outra tem quinze anos a estudar aqui e o marido está muito bem, em Inglaterra a ganhar muito bem, a trabalhar em barcos de passageiros nos motores, está bem e eu fico toda contente, só que tem o feitio como o pai, ao pai aturava porque era meu marido, ela era minha filha e quando a gente não gosta põe-se a mexer, e eu como trabalhei quarenta anos, o meu marido também andou lá por fora, poupei e de que maneira. Vou-lhe dizer uma coisa que só ele é que sabia. Estava casada há 5 anos e poupei tanto tanto, não passava fome, se fosse preciso ao domingo comia um arrozinho de feijão, uma posta de bacalhau ou um bifinho e cheguei a juntar em cinco anos que estava casada e já tinha a mais velha que está em França juntei 4 contos, naquele tempo quem tivesse 1000 contos era milionário.

7- O que achava dos lares antes de vir para cá?

Nunca tive opinião. Um dia disse à minha filha, tinha para aí sessenta anos, vou-me meter, vamos que tu não possas olhar por mim ou a tua irmã, que estejas doente ou a vossa vida não permita, posso adoecer um ano ou dois, queria me meter eu, a minha irmã mais o meu marido mas ele era alérgico ao lar, mas a gente tem que pensar no fim também e não é só no dia de hoje que vai avançando sempre. Disse a essa minha irmã para nos metermos as duas, disse a essa minha filha que ia dar os sessenta contos, tinha eu 60 anos, era sessenta contos de entrada naquela altura, e vou-me meter sócia no lar, mas tinha que esperar dez anos, a minha filha de Vila de Conde disse vais dar sessenta contos, e esperar dez anos para entrar e não podes entrar já? Que vais para lá fazer? É um dia que não possa. Já se passaram dez, vinte, trinta, e já tenho 86... eu não me meti por causa da opinião dela. Realmente também não tinha muitos jeitos, esperar dez anos e dar sessenta contos, se entretanto a gente morre, fica lá o dinheiro, era prevenir-me. Pensava nisso como tinha possibilidades. A minha filha desminou-me e eu desanimei a minha irmã e prontos não fomos, se a gente vai é que era fina e agora tive que dar 3 mil contos para vir para aqui.

Objectivo específico: Conhecer os motivos que levaram ao ingresso no lar

8- O que motivou a sua vinda para o lar?

Houve uma altura em que a minha filha estava chateada não sei com o quê, chateou-se comigo, e disse: estou cheia de aturar velhos! Oh palavra que ela disse. Eu tenho casa aqui em Guimarães, é minha, é pequena e antiga, davam-me 5 mil contos mas ela é que não assinou, disse-me que não precisava para já de dinheiro, deixa estar a casa pode-te dar mais. Não assinou, não a vendi, está lá. E eu disse porque é que me disseste aquilo? Deixei passar os nervos, ela é muito nervosa, é miudinha e é autoritária e eu não gostava muito do feitio dela mas era minha filha e o que haveria de fazer? Gostava mais da outra. Convivi muito com ela, quase vinte anos, mais do que a de França. Estás cheia de nos aturar, disse eu e ela, e ela disse para já não, um dia se caís numa cama não sei o que vou fazer. E falei com o meu marido e ele disse para o lar não ia, que ficava em casa sozinho, ele faleceu, ir para a da França estava fora de questão porque não gosto, estou lá mas não sei falar, não saio cá fora, só com eles. Com esta, tem um feitio um

bocado áspero. A de França veio aqui e eu disse vais-me ajudar a ir para um lar..., disse que ia para um lar e ela disse vai vai, eu não te telefono nem te vou ver, não contava que eu pegasse aquela palavra, eu disse para já não precisamos que olhes por nós mas um dia se eu não puder cozinhar vamos cair em cima de ti e tu com as tuas duas filhas, nervos e pouca paciência como tu tens. Ver não vem, mas telefona de vez em quando e vem qui uma sobrinha minha que sabe tudo por ela.

Objetivo específico: Refletir sobre as mudanças que ocorreram com a entrada no lar?

9-Como se sentiu no dia em que veio pela primeira vez ao lar?

Mal, durante muito tempo senti-me mal. Gostava de estar na minha casa mas não tinha hipótese e estava sozinha. Vinha com receios, um bocado de medo, de pessoas mal-educadas, de comer mal, de ter problemas, gosto do meu canto, sossegada, não quero problemas, a diretora ser severa. Não tenha o que dizer, é compreensiva e gosto muito dela.

10-Como descreve o seu dia-a-dia?

Todos os anos vou a casa da mais velha a França no Natal e em Agosto vou com ela ao Algarve.

11- Sente-se satisfeito com a sua vinda para cá?

Estou satisfeita.

12-Que mudanças sentiu na sua vida?

Um anito senti-me triste e até me custava dizer às pessoas que perguntavam e diziam com duas filhas foi para um lar e tinha que dar satisfações. Mas sinto-me mais

protegida. Uma está na França, a outra está em Vila de Conde, se estivessem aqui ou uma ou outra olhavam por mim mas assim fui obrigada a ir.

Objetivo específico- Refletir sobre as expectativas em relação ao futuro

13-O que gostaria que acontecesse no futuro?

Tudo de bem. Que o governo não mexesse com nós. Que mexesse nos que ganham mais que nós. Que não tirasse tanto aos pobres, para os pobres puder viver. Que repartisse, que tirasse aos ricos para dar aos pobres. Mais mão nos pobres, em quem trabalhou, que são os reformados. Dar um rumo ao país para que a moçarada não ter que sair.

Caraterização do entrevistado

Nome- M.M.

Sexo- Feminino

Idade- 72

Naturalidade- S. Sebastião (Guimarães)

Nível de escolaridade- 4ª classe

Estado Civil- Viúva

Número de filhos- 2

Profissão (antes de se reformar) – Encarregada de bordados

Meio (rural/urbano) – urbano

Ano de ingresso no lar- 2012

Guião de Entrevista

A entrevista inicia-se com a apresentação dos objetivos do estudo, realçando-se a importância da colaboração do(a) entrevistado(a), informando-o(a) do respeito pela confidencialidade e pelo anonimato das respostas.

Tema: Acolhimento institucional: estratégias desenvolvidas pelos cuidadores formais

Objetivo geral: Estudar a ambientação do idoso ao lar.

Objetivo específico: Conhecer o percurso de vida no decorrer da infância e da juventude

1-Como foi a sua infância?

Olhe a minha infância foi fui para a escola, não é, com sete anos, dantes era aos sete e a minha mãe andava a trabalhar na fábrica, eu tinha dois irmãos, agora só tenho um, tinha dois irmãos e um dia a minha mãe foi lá falar com a professora a ver se me deixava sair mais cedo ao meio dia para eu ir guiar de comer para os meus irmãos para ir trabalhar. A minha mãe deixava guiado e ia acabar. Corria todo o caminho, a professora só me deixava sair ao 11h45, também sei que eram cinco minutos, mas tinha de correr e pronto

acabava de fazer o almoço e quando eles viessem almoçavam e a minha mãe arrumava a cozinha e eu ia para a escola e depois ela ia trabalhar. Ia para a escola, vinha da escola, o que é que ia fazer? Não ia fazer os deveres, ia olhar por umas crianças para ganhar alguma coisa. Sabe o que é que me davam? Era uma padaria. A senhora tinha seis filhos e tinha que estar na padaria e pediu à minha mãe a ver se me deixava vir das aulas para ir olhar pelos filhos e eu fui para lá para olhar pela crianças para me darem uma rosca de trigo pequenina que custava naquele tempo, não sei se você ainda é do tempo do escudo, 25 tostões, uma rosca custava 25 tostões veja lá! A trabalhar toda a semana, nem comia nem bebia lá nem nada e depois às 7h a padaria fechava e eu vinha embora e é que vinha fazer os deveres ainda ia lavar alguma peça de roupa que a minha mãe precisava, ia encher os cântaros, ia à fonte encher os cântaros da água para a minha mãe quando viesse para ter para cozinhar e lavar a louça e assim.

2-Como foi a sua juventude?

A minha adolescência foi ir para uma fábrica ali para Covas fazer camisolas interiores e assim. Nem percebia nada, nem sabia coser nem nada mas lá fui com chuva, com vento, a pé que não havia transportes, nem havia dinheiro. Chegava lá muitas vezes molhadinha. Depois a minha falecida mãe viu que realmente era longe e chegava toda molhada, até ganhei uma doença num pulmão esquerdo, arranjou-me aqui na cidade, não sei se sabia onde era o Teatro Jordão? Era ali uma fábrica de malhas e a minha falecida mãe arranjou-me para aí, fui para aí e estive 3 anos a rematar as camisolas e assim. Mas a patroa era muito má, quando estava mal rematado chamava-me lá cima ao escritório e mostrava-me e batia-me e eu não dizia nada à minha mãe porque dez escudos por semana. A minha mãe precisava desse dinheiro. Mas eu achava que estava cada vez melhor e ela dizia que estava mal, uma ocasião enchi-me e disse à minha falecida mãe. Oh mãe, olhe a D. Ermelinda bate-me muito, diz ela o quê? Bate-me, diz que eu que arremato mal, a minha falecida mãe foi lá e ela disse Oh D. Ermelinda venho aqui falar com a senhora, a senhora quando quiser bater faça aos filhos porque à minha filha a senhora não torna mais a bater. Eu sou pobre, faz-me falta o dinheiro, vou ao médico com ela e ela é fraquita e saí de lá. Sai de lá e depois fui aprender a bordar para a Singer e depois fui para uma fábrica que lhe chamavam o Vaz da Costa e estava lá. Estive lá dezassete anos e depois o empregado de armazém e o de escritório e o desenhador puseram uma fábrica em Santo Amaro e pediram-me a mim se eu ia com eles e eu falei com a minha mãe e ela disse: tu vê la olha que a fábrica Vaz da Costa é

uma fabrica de nome, ainda hoje trabalha, ainda vão começar a vida deles. E depois eu disse a esses empregados: oh Sr. Vítor a minha mãe tem medo porque os senhores ainda não começaram e disseram oh Inês, nós vamos começar mas nós é que é que demos a vida ao Vaz da Costa, porque o viajante conhecia os clientes, era o guarda livres também e era o gerente portanto nós sabemos bem o que vamos fazer. Prontos fui para essa fábrica de bordados. Estive na outra dezassete, depois fui para a outra outros dezassete. Mas eu trabalhei 43 anos porque eu reformei-me e meti a reforma trabalhar. Entretanto fui para a outra fábrica, arranjei um namoro, que uma irmã dele era minha amiga, e ele estava no Ultramar e pediu-me para eu ser madrinha de guerra do irmão e eu escrevi-lhe e ele escreveu-me a mim e quando veio, veio-me visitar, veio com um álbum de fotografias a mostrar-me as fotografias de lá e pediu-me namoro e eu disse não quero namoros, se quisesse namoros já tinha ao tempo e ainda para mais você não tem trabalho e ele disse estou desempregado mas não faço conta de estar toda a vida desempregado. Depois ele não me largava à porta, eu tinha outro namoro mas não lhe queria dizer a ele e ao domingo às 11h30 vinha-me buscar a casa para irmos à missa ao meio dia e um dia o outro também apareceu e eu não sabia o que havia de fazer mas eu segui com o que estava. E continuei a falar com o outro, foi-me esperar ao trabalho, sabia onde é que eu trabalhava e pronto mandei o outro embora e continuei com ele e casei com ele e tive dois filhos. Foi a minha vida.

Objetivo específico: Conhecer o percurso profissional

3- Porque decidiu trabalhar em fábricas?

A minha mãe não queria que fosse para fábrica porque ela andava nas fábricas e já sabia como eram as fábricas. Eu cheguei a uma idade em que eu era assim: oh meu deus a minha mãe não me dá roupa, tenho pouca roupa, tenho de ir trabalhar porque senão ando mal vestida, sempre com a mesma roupa.

4-Gostava de trabalhar em fábricas?

Eu gostava de um trabalho que me desse dinheiro para ter as minhas coisas, para o meu enxoval e tudo. Já me falava em casar e eu não tinha nada.

5-Se tivesse oportunidade, gostaria de ter tido outra profissão? Porquê?

Sentia-me mesmo bem.

Objetivo específico: Caraterizar a representação social acerca do lar

6- Quando era mais novo(a), imaginou que um dia pudesse ir para um lar?

Sim. Mas já tinha os meus filhos. Dizia ao meu marido, um dia quando for para uma idade. Nunca contava vir assim tão cedo, contava vir aí para os oitenta e ele dizia tu podes ir mas eu não vou. Já tínhamos uma casa e tudo. Eu disse quando chegar a altura depois prontos. Ele deu-lhe uma doença no fígado, fez um transplante e correu tudo muito bem, três anos, engordou, ficou até bonito e tudo e depois ao fim de três anos formou-se uma bola no lado do fígado. Chamamos o médico que disse que tinha de ir já para o Porto, onde foi operado ao transplante mas eu não fui, foram os meus filhos que disseram tu não vais, nós vamos. Então eles estavam à espera dos médicos que o operaram e disseram esperem um bocadinho que a gente vem já e os meus filhos disseram que os médicos demoraram um bocado e o meu marido disse aos meus filhos que ia à casa de banho, a bola rebentou, diz que deitava tanta porcaria, a roupa foi toda para o lixo, não se podia com o cheiro, o meu filho veio a Guimarães buscar pijamas. Esteve internado 8 meses no Porto no hospital S. António e uma ocasião fui ter com o médico, eu e o meu filho íamos todos os dias dar-lhe de comer, ou vomitava ou fazia cócó e cada vez mais seco, magro e fui ter com o médico, e disse que estava em sofrimento há 8 meses com sofrimento, parecia um esqueleto e o médico disse que já devia ter mandado o meu marido embora mas só o mandava se a senhora quisesse porque a senhora não aguentava olhar por ele e então disse que ia levar o marido embora. Disse para dar-lhe o que quiser, mas não disse que o intestino estava afectado e o rim todo comigo, fui buscá-lo mais o meu filho, já não podia subir escadas, a minha casa é de três andares, foi para casa de uma cunhada minha em França, que morava por baixo do meu filho e estivemos lá até ele morrer.

7- O que achava dos lares antes de vir para cá?

Eu tinha boa opinião. E pensava assim: os meus filhos arrumam-se e eu fico aqui sozinha com a doença que tenho.

Objectivo específico: Conhecer os motivos que levaram ao ingresso no lar

8- O que motivou a sua vinda para o lar?

Foi estar sozinha, a solidão em casa.

Objetivo específico: Refletir sobre as mudanças que ocorreram com a entrada no lar?

9-Como se sentiu no dia em que veio pela primeira vez ao lar?

Olhe senti-me bem, mesmo bem. Não estranhei nada, ainda hoje não estranho mas quem me dera estar na minha casinha. Se eu tivesse alguém lá na minha casa, os meus filhos comigo porque a casa é muito grande mas eles já tinham a casa deles.

10-Como descreve o seu dia-a-dia?

É como vê. Ali sentada, outras vezes vou dar umas voltas por causa das pernas, outras vezes vou com a Doutora aqui ou ali e é assim que passo o dia.

11- Sente-se satisfeito com a sua vinda para cá?

Sim.

12-Que mudanças sentiu na sua vida?

A gente gosta mas tem sempre a ideia da casa. Ainda para mais eu que ainda tenho a casa. Sinto-me mais protegida, tenho quem me deite os olhos, na minha casa não. Os filhos têm a vida deles, vão trabalhar, não iam deixar de trabalhar para olhar por mim. Estou bem e daqui é para o cemitério.

Objetivo específico- Refletir sobre as expetativas em relação ao futuro

13-O que gostaria que acontecesse no futuro?

Era que Deus me sarasse da minha doença. É o que eu peço nas minhas orações. Deus já me tem feito muito, a gente pede mas ainda pede mais, era sarar mas continuar sempre aqui, já não quero ir para a minha casa. O meu futuro era esse.

Caraterização do entrevistado

Nome- M.L.

Sexo- Feminino

Idade- 86

Naturalidade- Guimarães

Nível de escolaridade- 5º ano

Estado Civil- Viúva

Número de filhos- 2

Profissão (antes de se reformar) –ajudava a mãe com bordados

Meio (rural/urbano) – urbano

Ano de ingresso no lar- 2008

Guião de Entrevista

A entrevista inicia-se com a apresentação dos objetivos do estudo, realçando-se a importância da colaboração do(a) entrevistado(a), informando-o(a) do respeito pela confidencialidade e pelo anonimato das respostas.

Tema: Acolhimento institucional: estratégias desenvolvidas pelos cuidadores formais

Objetivo geral: Estudar a ambientação do idoso ao lar.

Objetivo específico: Conhecer o percurso de vida no decorrer da infância e da juventude

1-Como foi a sua infância?

Foi de classe média. Tinha empregada na cozinha e de sala. Vivíamos bem. O meu pai tinha uma loja.

2-Como foi a sua juventude?

Era de cinema, usava-se muito os cinéfilos, eu ia com a minha irmã, tinha uma irmã mais velha e íamos as duas ao cinema. Aos Domingos era certo mas às vezes à noite havia um filme muito bom e íamos. Íamos com a minha avó que tinha 81 anos.

Objetivo específico: Conhecer o percurso profissional

3- Porque decidiu trabalhar com bordados?

A minha mãe recebia pessoas na sala de visita, fazia enxovais, fazia coisas muito bonitas e boas e as pessoas depois diziam umas às outras. Aquelas senhoras ali de Pevidém, pessoas com muita massa na altura, fabricantes e iam dizendo umas às outras.

4-Gostava de trabalhar com bordados?

Eu pouco fazia, riscava, fazia muito croché e várias colchas de croché.

5-Se tivesse oportunidade, gostaria de ter tido outra profissão? Porquê?

Gostava do que fazia.

Objetivo específico: Caraterizar a representação social acerca do lar

6- Quando era mais novo(a), imaginou que um dia pudesse ir para um lar?

Eu não, nunca pensei que ia durar tanto tempo.

7- O que achava dos lares antes de vir para cá?

A imagem está pior. Nessa altura tinha muitas empregadas e agora são muito poucas. Não temos aquele serviço que tínhamos. É melhor do que estar só. Porque a minha irmã morreu, enquanto foi viva eu fiquei, depois eu não quis estar só nem os meus filhos queriam.

Objectivo específico: Conhecer os motivos que levaram ao ingresso no lar

8- O que motivou a sua vinda para o lar?

Os filhos não queriam que eu ficasse em casa só.

Objetivo específico: Refletir sobre as mudanças que ocorreram com a entrada no lar?

9-Como se sentiu no dia em que veio pela primeira vez ao lar?

A habituação custa. Tenho uma filha que me vem todos os dias visitar e trazer comida porque não gosto da comida daqui e não como, é ela que me e traz comida.

10-Como descreve o seu dia-a-dia?

Estou muito metida no quarto, o tempo possível. Sou muito sensível. Se vou para aquela sala, as pessoas a tossir e a espirrar. Foi assim que já estive um pouco mal da garganta, sou muito sensível e mais fui vacinada a tempo.

11- Sente-se satisfeito com a sua vinda para cá?

Sim

12-Que mudanças sentiu na sua vida?

Estou melhor aqui, estou acompanhada. Toco à companhia, podem demorar mas aparecem.

Objetivo específico- Refletir sobre as expetativas em relação ao futuro

13-O que gostaria que acontecesse no futuro?

Não sei, o futuro é para morrer.

Caraterização do entrevistado

Nome- R.L.

Sexo- Feminino

Idade-87

Naturalidade- não quis dizer

Nível de escolaridade- não quis dizer

Estado Civil- viúva

Número de filhos- 1

Profissão (antes de se reformar) – interprete numa fábrica de confecção sueca

Meio (rural/urbano) – não quis dizer

Ano de ingresso no lar- 2014

Guião de Entrevista

A entrevista inicia-se com a apresentação dos objetivos do estudo, realçando-se a importância da colaboração do(a) entrevistado(a), informando-o(a) do respeito pela confidencialidade e pelo anonimato das respostas.

Tema: Acolhimento institucional: estratégias desenvolvidas pelos cuidadores formais

Objetivo geral: Estudar a ambientação do idoso ao lar.

Objetivo específico: Conhecer o percurso de vida no decorrer da infância e da juventude

1-Como foi a sua infância?

Foi uma infância normal, feliz. Porque andei na escola lá da aldeia e depois da escola entrei para um colégio interno aqui em Guimarães. Era uma escola antiga, era um salão com rapazes e outro salão com raparigas.

2-Como foi a sua juventude?

Foi ótima, até aos vinte e seis anos.

Objetivo específico: Conhecer o percurso profissional

3- Porque decidiu ser interprete?

Decidi aceitar o convite porque os donos eram suecos e tinham sociedade com um português, eram amigos do meu irmão e a senhora queria uma pessoa que soubesse falar Francês, o sueco era muito difícil, a senhora tinha uma certa dificuldade. As empregadas riam-se muito quando ela dizia umas tolices.

4-Gostava de ser intérprete?

Não gostava.

5-Se tivesse oportunidade, gostaria de ter tido outra profissão? Porquê?

Gostava de ter frequentado aquela escola do Ricardo Espírito Santo mas só havia em Lisboa. Gostava de ter sido uma grande pianista, estudei piano, depois de me divorciar e ficar viúva numa mais toquei.

Objetivo específico: Caraterizar a representação social acerca do lar

6- Quando era mais novo(a), imaginou que um dia pudesse ir para um lar?

Nunca imaginei.

7- O que achava dos lares antes de vir para cá?

Tinha uma opinião péssima. Não havia certas regras como há agora. Os lares não eram desta maneira.

Objectivo específico: Conhecer os motivos que levaram ao ingresso no lar

8- O que motivou a sua vinda para o lar?

Porque vivia muito sozinha. A família estava muito ocupada. Vivia só com uma empregada mas a empregada não dormia à noite. Estava todos os dias mas à noite ia para casa porque tinha marido e filho e tinha que se ir embora.

Objetivo específico: Refletir sobre as mudanças que ocorreram com a entrada no lar?

9-Como se sentiu no dia em que veio pela primeira vez ao lar?

Uma tristeza incrível e ainda sinto hoje. Tenho saudades da minha casa.

10-Como descreve o seu dia-a-dia?

O que é que faço? Vem uma menina que me chama, vem outra para fazer fisioterapia, vem outra para fazer ginástica.

11- Sente-se satisfeito com a sua vinda para cá?

Até um certo ponto.

12-Que mudanças sentiu na sua vida?

Prisão. Sinto-me presa.

Objetivo específico- Refletir sobre as expetativas em relação ao futuro

13-O que gostaria que acontecesse no futuro?

Saúde.

Caraterização do entrevistado

Nome- D.N.

Sexo- feminino

Idade- 88

Naturalidade- Fafe

Nível de escolaridade- não estudou

Estado Civil- viúva

Número de filhos- não tem

Profissão (antes de se reformar) – encarregada numa confecção

Meio (rural/urbano) – urbano

Ano de ingresso no lar- 1999

Guião de Entrevista

A entrevista inicia-se com a apresentação dos objetivos do estudo, realçando-se a importância da colaboração do(a) entrevistado(a), informando-o(a) do respeito pela confidencialidade e pelo anonimato das respostas.

Tema: Acolhimento institucional: estratégias desenvolvidas pelos cuidadores formais

Objetivo geral: Estudar a ambientação do idoso ao lar.

Objetivo específico: Conhecer o percurso de vida no decorrer da infância e da juventude

1-Como foi a sua infância?

Foi uma infância de pobres. De falhar tudo. Agora é que já sou rica. Agora tenho tudo.

2-Como foi a sua juventude?

Foi muito alegre, muito jeitosa.

Objetivo específico: Conhecer o percurso profissional

3- Porque decidiu ser encarregada numa confecção?

Eu precisava de trabalhar, foi-me oferecido o lugar e eu aceitei.

4-Gostava de ser encarregada numa confecção?

Gostava sim senhora.

5-Se tivesse oportunidade, gostaria de ter tido outra profissão? Porquê?

Gostava daquilo que fazia.

Objetivo específico: Caraterizar a representação social acerca do lar

6- Quando era mais novo(a), imaginou que um dia pudesse ir para um lar?

Nunca pensei.

7- O que achava dos lares antes de vir para cá?

Só pensei em lares quando comecei a ser operada à coluna, foram logo duas vezes, não tinha filhos comecei a pensar na minha vida e aí tive que pensar ir para um lar. As minhas irmãs estão no Porto e eu não tinha mais ninguém.

Objectivo específico: Conhecer os motivos que levaram ao ingresso no lar

8- O que motivou a sua vinda para o lar?

Problemas de saúde

Objetivo específico: Refletir sobre as mudanças que ocorreram com a entrada no lar?

9-Como se sentiu no dia em que veio pela primeira vez ao lar?

Fui eu que tratei de tudo. Queria vir. Senti-me feliz.

10-Como descreve o seu dia-a-dia?

Há bocadinhos bons, há bocadinhos maus, bocadinhos tristes, bocadinhos muito alegres.

11- Sente-se satisfeito com a sua vinda para cá?

Sim.

12-Que mudanças sentiu na sua vida?

Sentia-me melhor em minha casa mas como tive que pensar nas velhices, sinto-me muito bem aqui, adaptei-me muito bem aqui, tenho aqui muita gente minha amiga e sinto-me muito bem.

Objetivo específico- Refletir sobre as expetativas em relação ao futuro

13-O que gostaria que acontecesse no futuro?

É ir num caixãozinho para a cova.

Caraterização do entrevistado

Nome- J.S.

Sexo- Masculino

Idade-73

Naturalidade- Gonça, Guimarães

Nível de escolaridade- 3º ano

Estado Civil- Viúvo

Número de filhos- 2

Profissão (antes de se reformar) – Instrutor de automóvel

Meio (rural/urbano) – urbano

Ano de ingresso no lar- 2010

Guião de Entrevista

A entrevista inicia-se com a apresentação dos objetivos do estudo, realçando-se a importância da colaboração do(a) entrevistado(a), informando-o(a) do respeito pela confidencialidade e pelo anonimato das respostas.

Tema: Acolhimento institucional: estratégias desenvolvidas pelos cuidadores formais

Objetivo geral: Estudar a ambientação do idoso ao lar

Objetivo específico: Conhecer o percurso de vida no decorrer da infância e da juventude

1-Como foi a sua infância?

Sou filhos de agricultores, tenho uma quinta não é, e eu andei ali até aos sete anos e fui para a escola. Depois da escola primária fui para o seminário.

2-Como foi a sua juventude?

Foi em casa e na escola e depois para o seminário.

Objetivo específico: Conhecer o percurso profissional

3- Porque decidiu ser instrutor de automóvel?

Eu sempre gostei de automóveis. Aos dezoito anos tirei a carta de condução na escola do meu falecido padrinho, dono da escola de condução Costa. Depois fui para a tropa, e depois de vir da tropa é que decidi tirar a carta de instrutor de automóveis porque o meu padrinho precisava de funcionários e disse-me: oh João porque não tiras a carta? Vais tirar a carta. E fui para o Porto porque no ano em que eu fiz o curso de instrutor de automóveis só se podia tirar no Porto, Coimbra ou Lisboa.

4-Gostava de ser instrutor de automóvel?

Sim senhor.

5-Se tivesse oportunidade, gostaria de ter tido outra profissão? Porquê?

Senti-me muito realizado com a profissão que tinha, embora antes tinha sido funcionário numa companhia de seguros.

Objetivo específico: Caraterizar a representação social acerca do lar

6- Quando era mais novo(a), imaginou que um dia pudesse ir para um lar?

Nunca me passou pela cabeça a não ser quando a minha esposa faltou e eu estar em casa sozinho não podia.

7- O que achava dos lares antes de vir para cá?

Nunca tive opinião formada sobre lares porque nunca fiz intenção de vir.

Objectivo específico: Conhecer os motivos que levaram ao ingresso no lar

8- O que motivou a sua vinda para o lar?

O falecimento da minha esposa, eu para comer tinha que sair para fora de casa, restaurantes e etc e passar o tempo, a noite sozinho e tal. Estive lá desde que ela faleceu a 19 de Abril 2008 até dia 2 de Fevereiro de 2010.

Objetivo específico: Refletir sobre as mudanças que ocorreram com a entrada no lar?

9-Como se sentiu no dia em que veio pela primeira vez ao lar?

Senti-me um bocado abatido porque não estava habituado a esta vida, a isto e fui aguentando, aguentando e aqui estou e será o meu fim.

10-Como descreve o seu dia-a-dia?

Aqui no lar, algum tempo, vou às cerimónias religiosas e vou até ao café.

11- Sente-se satisfeito com a sua vinda para cá?

Sim pelas circunstâncias em que se deu.

12-Que mudanças sentiu na sua vida?

Estar num lar é um bocado triste porque as pessoas querem isto, aquilo e ainda agora a D. A. queria se levantar e etc e como ela há muitas outras.

Objetivo específico- Refletir sobre as expetativas em relação ao futuro

13-O que gostaria que acontecesse no futuro?

Ter uma morte feliz , uma morte santa e quando Deus nosso senhor me chamar eu vou.

Caraterização do entrevistado

Nome- J.F.

Sexo- Masculino

Idade- 90

Naturalidade- Urgezes, Guimarães

Nível de escolaridade- 4ª classe

Estado Civil- Viúvo

Número de filhos- 6

Profissão (antes de se reformar) - Carpinteiro

Meio (rural/urbano) – urbano

Ano de ingresso no lar- 2014

Guião de Entrevista

A entrevista inicia-se com a apresentação dos objetivos do estudo, realçando-se a importância da colaboração do(a) entrevistado(a), informando-o(a) do respeito pela confidencialidade e pelo anonimato das respostas.

Tema: Acolhimento institucional: estratégias desenvolvidas pelos cuidadores formais

Objetivo geral: Estudar a ambientação do idoso ao lar.

Objetivo específico: Conhecer o percurso de vida no decorrer da infância e da juventude

1-Como foi a sua infância?

A minha infância era ir para a escola e quando vinha da escola era trabalhar. Era jogar o reino, corridas e o botão.

2-Como foi a sua juventude?

A minha adolescência foi casei, namorei com uma vizinha que morava perto de mim, engracei com ela e casei com ela, tive seis filhos. O salário era vinte e sete escudos por dia e nessa altura andava nos tecidos, ela estava quase sempre doente a minha falecida

esposa e tinha ido uma minha irmã para a França e eu tentei falar com ela e ela arranjou-me para lá e eu fui para a França para tentar melhorar a minha vida.

Objetivo específico: Conhecer o percurso profissional

3- Porque decidiu ser carpinteiro?

A minha irmã arranjou contrato num empreiteiro de construção civil, a carregar cimento nas obras, a fazer casas e a fazer prédios.

4-Gostava de ser carpinteiro?

Gostava, fui para lá para isso, não tinha outra coisa, era um bocado duro, estive lá 4 anos sem esposa, a solidão começou a trabalhar na cabeça, e depois a esposa foi para lá com os filhos e fiquei melhor. Nunca tive acidente apenas tive um problema no pé e ficou sempre aleijado desse dedo no pé. Um ano viemos no Natal, passar o Natal com a família, de férias, e duas filhas arranjaram cá o namoro e quiseram ficar cá e nessa altura tinha que resolver ou de uma maneira ou de outra. Disse à mulher elas ficam tu tens de ficar, não vão ficar sós. Depois comecei com a solidão às costas, tinha lá filhos comigo mas resolvi pedir e vim-me embora. Não era por doença ou falta de trabalho. Procurei aqui trabalho, era difícil arranjar trabalhar também naquela altura como agora. Tenho um irmão que tem uma fábrica em Riba de Ave, uma sapataria e sem eu trabalhar fez-me os descontos dois anos para eu resolver a minha situação na caixa e assim consegui a reforma antecipada, mas foi sempre uma reforma baixinha.

5-Se tivesse oportunidade, gostaria de ter tido outra profissão? Porquê?

Gostava, porque era a profissão do meu pai e comecei a ver aquilo desde miúdo. O meu pai quando vinha do trabalho agarrava-se a fazer biscates em casa. Antigamente arranjava-se muito os biscates de carpintaria, fazia carrinhos para as crianças aprender a andar, umas bacias para a gente lavar os pés, ele fazia esses artigos. O meu pai comprou um terreno e mandou construir a casa e eu e a minha irmã íamos para lá.

Objetivo específico: Caraterizar a representação social acerca do lar

6- Quando era mais novo(a), imaginou que um dia pudesse ir para um lar?

Não.

7- O que achava dos lares antes de vir para cá?

Não tinha opinião sobre os lares.

Objectivo específico: Conhecer os motivos que levaram ao ingresso no lar

8- O que motivou a sua vinda para o lar?

Os meus filhos não podiam agora olhar por mim em condições. Os quatro que estão na França não podem fazer mais do que o que fizeram. Não têm possibilidades. Havia uma que queria que eu fosse para lá mas tem filhos, netos e ia ser um escravo. Tinha que fazer o que ela mandasse. Na casa dos outros tenho que obedecer, como aqui. Para lá também não me apetecia ir.

Objetivo específico: Refletir sobre as mudanças que ocorreram com a entrada no lar?

9-Como se sentiu no dia em que veio pela primeira vez ao lar?

Para aqui já vinha habituado dos convívios, já calculava o que era isto. Estava inscrito para um lar que ia abrir, estava a acabar de se construir, a minha mulher estava inscrita mas ela não queria ir, as filhas não queriam que ela fosse. A ir íamos ambos mas ela não queria ir. Quando eu vindo ainda não estava a funcionar. Nunca mais soube nada de lá. A mulher tem menos 10 anos do que eu, também tem problemas de saúde, mas queria uma mulher para olhar por mim até ao fim da vida e aconteceu-me isto às pernas e ela também era idosa e não podia olhar por mim.

10-Como descreve o seu dia-a-dia?

É o que você vê, não há nada a fazer, é cama e deitar. O que se há-de fazer?

11- Sente-se satisfeito com a sua vinda para cá?

Fui obrigado

12-Que mudanças sentiu na sua vida?

Nada

Objetivo específico- Refletir sobre as expetativas em relação ao futuro

13-O que gostaria que acontecesse no futuro?

É um poço de morte aqui.

Caraterização do entrevistado

Nome- M.R.

Sexo- Masculino

Idade- 55

Naturalidade- Souto S. Salvador, Guimarães

Estado Civil- Solteiro

Número de filhos- não tem

Profissão (antes de se reformar) – operador de registo de dados

Meio (rural/urbano) – rural

Ano de ingresso no lar- 2011

Guião de Entrevista

A entrevista inicia-se com a apresentação dos objetivos do estudo, realçando-se a importância da colaboração do(a) entrevistado(a), informando-o(a) do respeito pela confidencialidade e pelo anonimato das respostas.

Tema: Acolhimento institucional: estratégias desenvolvidas pelos cuidadores formais

Objetivo geral: Estudar a ambientação do idoso ao lar.

Objetivo específico: Conhecer o percurso de vida no decorrer da infância e da juventude

1-Como foi a sua infância?

A minha infância foi bastante difícil porque eu nasci deficiente, tinha reumatismo agudo.

2-Como foi a sua juventude?

Dentro dos possíveis foi boa. Levei a vida mais ou menos dentro dos possíveis.

Objetivo específico: Conhecer o percurso profissional

3- Porque decidiu ser operador de registo de dados?

Eu estava a estudar na Escola Secundária da Veiga, naquela altura havia dificuldade em arranjar emprego e surgiu a oportunidade e eu deixei os estudos e fui trabalhar.

4-Gostava de ser operador de registo de dados?

Gostava.

5-Se tivesse oportunidade, gostaria de ter tido outra profissão? Porquê?

Gostava, para além do que fazia também fazia escrituras.

Objetivo específico: Caraterizar a representação social acerca do lar

6- Quando era mais novo(a), imaginou que um dia pudesse ir para um lar?

Sempre pensei vir acabar a um lar. Mesmo que eu tivesse casado, eu podia ter problemas com a minha esposa e como sou deficiente tinha sempre uma desvantagem. Não tinha quem me fizesse de comer, não tinha possibilidades.

7- O que achava dos lares antes de vir para cá?

Era uma opinião muito difícil, era uma ideia horrível. O que as pessoas falavam lá fora. Diziam que tinham um alçapão para tomar banho, não era nada do que está a acontecer.

Objectivo específico: Conhecer os motivos que levaram ao ingresso no lar

8- O que motivou a sua vinda para o lar?

Tenho uma doença que me apareceu aos vinte anos, aos 43 anos apareceu definitivamente e levou-me para a baixa e tive que me reformar.

Objetivo específico: Refletir sobre as mudanças que ocorreram com a entrada no lar?

9-Como se sentiu no dia em que veio pela primeira vez ao lar?

Foi bom. Porque eu tinha a minha mãe num estado crítico, há quatro anos acamada, estava a viver sozinho numa casa que era da minha mãe e a minha mãe estava no fim da vida dela.

10-Como descreve o seu dia-a-dia?

Sou um bocado cristão, vou à missa, entro nas actividades, principalmente musica, ao princípio fazia muitas actividades, mas por causa do colesterol tive que fazer mais exercício, fiz a vida mais lá fora, por causa de andar.

11- Sente-se satisfeito com a sua vinda para cá?

Sim, gostava de estar na vida lá fora, é uma prisão, faço mais ou menos o que eu quero não é como estar numa casa e viver sozinho.

12-Que mudanças sentiu na sua vida?

Não vi assim muitas. Nunca tive problemas de nenhuma ordem, à noite não saio porque tenho receio. Eu era polivalente mas aqui é complicado, porque as pessoas assaltam e eu não arrisco.

Objetivo específico- Refletir sobre as expetativas em relação ao futuro

13-O que gostaria que acontecesse no futuro?

Conforme vou vivendo andando, tomar banho sozinho sem precisar de ninguém. Mas quando precisasse de alguém, que viesse a falecer novo, porque tive a minha mãe 4 anos acamada, 10 anos com Alzheimer e foi muito complicado. As limitações é complicado e principalmente com a minha doença.

Caraterização da entrevistada

Nome- L.F. Sexo- Feminino

Idade- 42

Naturalidade- Azurém, Guimarães

Nível de escolaridade- Licenciatura

Profissão – Assistente Social

Número de anos a desempenhar o cargo de Diretora Técnica no lar- 10

Guião de Entrevista

A entrevista inicia-se com a apresentação dos objetivos do estudo, realçando-se a importância da colaboração do(a) entrevistado(a), informando-o(a) do respeito pela confidencialidade e pelo anonimato das respostas.

Tema: Acolhimento institucional: estratégias desenvolvidas pelos cuidadores formais

Objetivo geral: Estudar a ambientação do idoso ao lar.

Objetivo específico: Conhecer o percurso profissional

1-Porque decidiu ser Assistente Social?

Há 20 anos porque decidi ser Assistente Social? Por acaso. A minha vocação era para Educadora de Infância. Saiu-me para Bragança e eu tinha dezassete anos, ia sozinha, as outras minhas colegas não iam para lá, não ficaram colocadas lá, então a minha colega, com quem eu me dava mais, a minha amiga, foi para Serviço Social e eu decidi inscrever-me em Serviço Social, vamos lá ver no que isto vai dar, portanto se calhar já+ºç era o meu destino.

2- Como analisa o seu percurso profissional? (loais de trabalho / evolução do Serviço Social/ relação com colegas, utentes, comunidade ...)

Eu terminei em 95, concorri para os vários locais que iam aparecendo e eu 95 estávamos numa altura em que abriu vários CAT, principalmente era CAT, havia muitos CAT e eu tinha que concorrer para os CAT. Depois foi a fase em que iniciou o rendimento

mínimo, também concorri. Fui ao Porto fazer as entrevistas para o CAT, e aí também era o meu destino. Quem me entrevistou, porque ia abrir um CAT aqui em Guimarães, se calhar gostou de mim mas achou que eu não tinha o perfil para trabalhar para toxicodependência, pela minha idade 21, 22 anos e a pessoa que ficou estava a trabalhar na Hemodiálise de Braga e Fafe. Ela ficou colocada, porque estava a fazer um estágio num CAT em Braga, e essa pessoa lembrou-se de mim e disse que há uma colega, é de Guimarães se calhar pode fazer, eu não sei a conversa porque eu não ouvi. O que é certo é que a Paula ligou-me, eu não a conhecia, era muito mais velha que eu a ver se eu estava interessada a ir trabalhar para a Hemodiálise de Braga e de Fafe. E eu disse que estou interessada em trabalhar para tudo. E ela disse não depende de mim, eu vou apresentá-la à parte dos Recursos Humanos e eles vão ver se você preenche os requisitos ou não e depois vê. Eu fui à Hemodiálise de Braga e Fafe, falei com a Diretora Técnica, não sabia nada de doentes renais, insuficiências renais, ela tinha estado lá há pouco tempo, nem há um ano estava a desempenhar as funções de Assistente Social. Lida-se com uma população bastante idosa, carenciada e era muito mais velha do que eu, precisa-se de recursos, também a parte dos transportes, que era preciso fazer a articulação, apesar de não saber nada eles acharam que tinha vontade de experimentar. E assim foi. Comecei a trabalhar com os hemodialisados da clinica de Braga e de Fafe. Tive lá para aí 4, 5 anos. Depois a Santa Casa de Guimarães tinha pedido uma Assistente Social, andava à procura, porque a colega que estava na Santa Casa foi para a Segurança Social para o Rendimento Mínimo. Eu não fiquei seleccionada, entretanto a Santa Casa abre novamente o concurso para Assistente Social porque eles tinham admitido uma Educóloga e havia a pressão da Segurança Social em ser uma Assistente Social que era para ficar na parte das admissões e para dar algum apoio aos lares porque na altura não havia grandes técnicos na Santa Casa, isto em 2000. Eu concorri e o destino também estava traçado e eu fiquei em Guimarães. Houve umas negociações porque eu estava bem. Se me disserem ficas perto de casa é confortável, é o que nos queremos, mas se estamos bem mais vale fazer esse sacrifício. Com a Santa Casa chegamos a um acordo. Eu tinha possibilidade de conciliar com a Hemodiálise de Braga e de Fafe. Na Santa Casa estava na parte das admissões, nas candidaturas, apoio ao lar, articular com a Segurança Social, direitos, elaboração de regulamentos, dei continuidade ao que já tinha sido iniciado. Fui desenvolvendo outros, a parte do Apoio Domiciliário foi comigo, o Centro de Dia não porque já havia, dinamizei um pouco mais com a Animadora que estava na altura. A Santa Casa faz um

protocolo com a empresa de Hemodiálise que abriu em Guimarães que era da mesma e eu disse à Santa Casa que gostava de passar ali umas horas na Hemodiálise. Eles disseram que sim, esticava o meu tempo para ter tempo para tudo. Entretanto surge uma oportunidade de ir trabalhar, porque também estavam à procura, como Assistente Social, tempo parcial, prestação de serviços, na escola João de Meira, o meu ciclo e claro era tudo em Guimarães, não tinha que fazer o transtorno de ir para Fafe, foi a área onde estagiei, em educação e juventude e para mim era ouro sobre azul. Deixei a Hemodiálise de Braga e de Fafe e fiquei com a Misericórdia de Guimarães e a escola. Ainda não era casada nem tinha filhos. Foi muito bom, na escola trabalhei com os apoios educativos, com a equipa do ensino especial, e pronto sempre que havia uma ou outra situação dava apoio, sempre que era sinalizado, gostei muito. Entretanto casei, fiquei grávida, a minha filha nasceu prematura e a parte da prestação de serviços na escola é interrompida e claro que não podiam estar à minha espera. Tive 8 meses para cuidar da minha filha, entrou uma nova direcção e eles tinham que ter verba para pagar a uma técnica. Deixei a escola mas mantive o vínculo com a Santa Casa. Regressei ao trabalho e a Santa Casa já tinha admitido outra Assistente Social. É eleita uma nova mesa administrativa e resolve o meu problema convidando-me a vir trabalhar como Diretora Técnica para o lar Emídio Guerreiro e eu disse logo que sim. Era um novo desafio, com a bagagem que tinha não ia ser difícil. A parte mais difícil era a gestão de pessoal. Não tanto a relação com os utentes mas a parte da gestão de pessoal. Mas não há nada que não se aprenda, com o apoio dos Recursos Humanos da Santa Casa as coisas foram se encaminhando. Estou cá há dez anos, trabalho há quinze na Santa Casa e para é este o meu percurso profissional.

3- Sente-se satisfeita com o percurso profissional? Porque?

Estou, se me aparecer novos desafios, que eu gosto, tenho que ponderar bem as coisas, tenho uma filha, tenho encargos, depende do desafio.

Objetivo específico- Refletir sobre o momento em que iniciou funções de Diretora Técnica no lar

4- Como surgiu a oportunidade de vir trabalhar para o lar?

(Já foi respondido antes). Passei de Técnica de Serviço Social para Diretora Técnica.

5- Como se sentiu nos primeiros tempos?

Aconteceu tudo por acaso e tendo o conhecimento que já tinha, com o apoio que ia dando ao lar, foi ver o trabalho que estava a ser feito, aquele que precisava de ser melhorado que já era referido nas conversas e nas reuniões que tinha com a Direcção Técnica e era dar seguimento. Nos lares as coisas mudam, as necessidades, questões de saúde, os utentes, trabalho com as famílias. Uma coisa é estar numa instituição ligada à saúde que tem médicos e enfermeiros e o meu papel é de segundo relevo outra é estar sozinha e pedir a colaboração dos técnicos. Ter que saber um pouco de tudo, tive que aprender muito. Fui-me empenhando, as coisas vieram ter comigo e fui-me esforçando para desempenhar o melhor possível.

6- Como se preparou para a função?

Contato com outras colegas, utilizar os meios e os conhecimentos.

Objetivo específico- Refletir sobre o quotidiano no lar

7- Como descreve o seu dia-a dia?

Às vezes venho para aqui e quero fazer isto e aquilo e não consigo. Porque parece isto, isto e isto. O meu dia-a-dia, às vezes, é rotineiro, outras vezes não é. Depende muito do que aconteceu durante o fim-de-semana ou o fim de tarde e a noite. O meu horário é das 9h30 às 17h30, às vezes, faço voluntariado, por conta própria, saio mais tarde e há coisas que acontecem, as funcionárias vão-me ligando, mas se acontece uma coisa à uma da manhã têm que resolver. Temos momentos de alegria, as festas, os convívios, reacções positivas e negativas dos utentes, a parte do falecimento é outra situação complicada porque os utentes marcam-nos de forma diferente, é uma carga porque temos que gerir as emoções, os funcionários também. É cheio de emoções.

8- Como prepara a chegada de um novo utente?

O utente faz a candidatura lá em baixo. A colega que está na admissão sabe que há uma vaga porque comunicamos por email o falecimento de alguém. Vemos que tipo de utente é caso seja para partilhar o quarto. A colega comunica, faz uma pequena descrição e depois envia-me o processo. Eu analiso, vejo e marcamos o dia e hora no

meu gabinete. O utente e a família vão até ao meu gabinete. O utente diz o que quer dizer, a família diz o que quer dizer, relembrar o que foi dito pela colega que fez a admissão. É na admissão que é entregue o regulamento, o contrato, mas depois chegam aqui e esquecem-se e as coisas mais importantes eu quero frisar. Vemos a parte da documentação, medicação, a equipa que temos ao dispor, apresento o aposento, apresento a colega de quarto, apresento as instalações e depois tentamos inserir o utente na rotina. Apresentamos o pessoal à equipa, faz-se o quebra-gelo em que o utente dá-se a conhecer, depois vemos a escolha da mesa das refeições, vemos a alimentação, medicação, fazemos o acolhimento clínico, médico, da psicóloga, estipula-se a limpeza dos quartos, dos banhos, caso precise de banhos assistidos.

9- Que estratégias desenvolve junto dos cuidadores formais para facilitar a ambientação do idoso ao lar?

Eu registo tudo no livro de ocorrências. Tudo de importante que os cuidadores precisam de saber sobre o idoso eu registo. E são eles que me vão dando informações, estando na primeira linha, ouvem os desabafos, vamos-nos conhecendo mutuamente, não existem estratégias muito bem definidas, existem comunicações e informações que fazemos. A comunicação é fundamental. Damos um período de adaptação ao utente, de dois meses e ao fim, fazemos uma avaliação com o utente e com a família para vermos se as expectativas do utente e do idoso vão de encontro ao que pretendiam e o que podemos ajustar. Isso é muito importante essa avaliação que fazemos.

10- Quais são os seus principais desafios enquanto Directora do Lar?

É sempre que vem um utente novo, é outro desafio, pessoa nova, vamos tratar de coisas que ainda não tratamos, com a experiência que temos vamos saber lidar melhor com eles e recuperações de utentes que chegam em estados debilitados e que depois até recuperam.

11- Quais as maiores dificuldades que encontra no desempenho das suas funções?

Gestão de pessoal, poucos recursos e utentes que vêm contrariados.

12-Que estratégia utiliza para ultrapassá-las?

Imaginação, acompanhamento mais permanente ao utente quando ele deixa, envolvemos os técnicos, envolvemos a família e vamos de encontro às preferências deles.

13- Gostaria acrescentar alguma informação que ainda não tenha focado?

Queria mais recursos já se consegui alguns, em dez anos que estou, já houve evolução, existe muita rotatividade de ajudantes isso não facilita muito o trabalho.

É ter bons profissionais, uma equipa multidisciplinar, podíamos ter mais técnicos porque faz falta, reciclagem, a Santa Casa faz formação interna e externa mas existe resistência. Estamos no Vale do Ave onde existe desemprego, e o pessoal que vem para cá é da têxtil, e existe a ideia de que cuidar de um idoso é como cuidar de uma criança ou fazer limpezas.

Nem toda a gente está preparada para trabalhar com idosos que são heterogéneos e neste lar por vezes existe fricção quer entre utentes quer entre utentes e colaboradores.

A instituição está aberta a estágios profissionais, académicos, estamos abertos a conhecer esta realidade, visitas de estudo, para terem noção desta realidade, para saberem que os idosos não são só fazer umas festas, coceginhas, dar de comer e limpar. Eles põem muitos desafios, ensinam-nos muito, como atuar, e como um dia também nós nos iremos comportar e devemos comportar. Temos idosos serenos com os problemas de saúde, sabem ser pacientes, ensinam-nos determinadas e outros que nos mostram o lado menos bom e que vamos tirando lições de vida.